531

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Jules ARON

Né à Nîmes le 21 Avril 1875

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'EXANTHÈME SCARLATINIFORME

DANS LA

Fièvre Typhoïde

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.
THIROLOIX et DUPRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL, DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN, JACCOUD, HAYEM, DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER, DUPLAY, LEDENTU, TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN, PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA TOURETTE	MÉNETRIER	VARNIER
BROCA André		MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À mes Parents

Faible témoignage d'amour et de reconnaissance.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Debové

Membre de l'Académie de médecine
Médecin des Hôpitaux

À mes Maîtres dans les Hôpitaux

Avant-Propos

Les manifestations cutanées de la fièvre typhoïde sont nombreuses et variées. Les unes sont d'observation courante et leur présence au cours de la dothiénentérie est un caractère de la plus haute importance au point de vue du diagnostic : ce sont les taches rosées lenticulaires ; d'autres, pour être moins fréquentes, n'en ont cependant pas moins donné lieu à des recherches nombreuses et leur histoire clinique est aujourd'hui bien connue : ce sont les taches bleues, étudiées par MM. Duguet et Moursou ; les éruptions furonculeuses, ecchymateuses, sudorales, qui peuvent survenir ici comme dans les autres maladies infectieuses. — Enfin un dernier groupe est formé par des éruptions beaucoup plus rares, ayant plus ou moins de ressemblance avec les exanthèmes de la rougeole, de la scarlatine, parfois d'aspect polymorphe, et désignées par les auteurs sous le nom de rash ou exanthèmes scarlatiniformes, rubéoliformes, ou polymorphes.

A vrai dire, il n'y a rien là de spécial à la fièvre typhoïde, et la plupart des maladies infectieuses peuvent présenter à un moment donné de leur évolution des exanthèmes de cette nature. Ils se rencontrent tout aussi bien dans les maladies graves, comme la diphtérie, le choléra, la variole, que dans les maladies bénignes, comme la vaccine, la varicelle ; parfois ils se manifestent par des symptômes généraux graves, dont l'ensemble éveille l'idée d'une infection secondaire souvent mortelle.

Dans les différentes observations d'exanthème scarlatiniforme au cours de la fièvre typhoïde que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, nous avons noté assez souvent ces phénomènes généraux graves, survenant parfois dans le cours de la maladie, en même temps que l'exanthème, et il nous a paru que cette complication de la fièvre typhoïde n'était pas un phénomène banal ; son apparition doit éveiller l'attention du clinicien, non seulement par sa rareté, mais aussi et surtout par son importance au point de vue du pronostic, qu'elle rend, dans certains cas, particulièrement sombre.

C'est pourquoi, il nous a paru utile de réunir, dans un travail d'ensemble, les différentes observations d'exanthème scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde, de montrer les relations qui existent entre ces éruptions et le degré de gravité de la maladie, en

un mot de faire ressortir l'importance diagnostique et pronostique de ces éruptions.

Mais auparavant qu'il nous soit permis de remercier nos différents maîtres dans les hôpitaux, MM. les Docteurs Sevestre, Muselier, Oulmont, Moutard-Martin et Routier, de la bienveillance avec laquelle il nous ont reçu dans leurs services et des nombreuses marques d'affection qu'ils nous ont prodiguées.

Monsieur le Professeur Debove nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et de plus il a eu l'extrême bienveillance de nous communiquer une observation intéressante : qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Merci, aussi, à Monsieur Jousset, interne des hôpitaux, qui a mis à notre disposition les notes qui ont servi à la rédaction de cette observation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0037

Division du Sujet

Nous avons donc éliminé de notre étude les différentes éruptions de la fièvre typhoïde : taches rosées lenticulaires, taches bleues, éruptions pétéchiales, sudorales, ecthymateuses, etc., pour nous appesantir uniquement sur l'exanthème d'apparence scarlatiniforme qui survient aux différentes périodes de la fièvre typhoïde.

Après avoir fait l'historique de la question, nous étudierons dans un second chapitre l'influence de l'âge, du sexe, des formes cliniques de la maladie, sur l'apparition de l'exanthème, et nous discuterons son caractère épidémique et contagieux.

Dans un troisième chapitre, nous exposerons les caractères physiques et morphologiques de l'exanthème, son siège, sa durée, la desquamation qui survient parfois à sa suite.

Un quatrième chapitre sera consacré à l'étude de l'état général dont l'aggravation subite coïncide souvent avec l'apparition de l'exanthème.

Après avoir exposé le pronostic de cette complication, les différentes considérations auxquelles donnent lieu sa pathogénie et sa bactériologie, nous différencierons dans un dernier chapitre l'exanthème scarlatiniforme des autres éruptions typhiques, puis nous énumérerons les caractères qui le distinguent des fièvres éruptives et en particulier de la scarlatine, et nous terminerons par une revue rapide des exanthèmes médicamenteux et toxiques.

Historique

Le premier exemple d'érythème scarlatiniforme dont on trouve trace dans la littérature médicale remonte peut-être à Forget (Diagnostic de la fièvre typhoïde. *Union Médicale*, 1854), qui en 1843 observa, au sixième jour d'une dothiénentérie, un érythème qui présentait les plus grandes ressemblances avec l'exanthème scarlatineux. Les taches rosées n'apparurent que plus tard, sept jours après.

En 1850, Jenner (*Medical Times*, 1850, XXII, p. 277) mentionne un cas où l'exanthème scarlatiniforme existait en même temps qu'un mal de gorge léger, ce qui fit prendre la maladie pour une scarlatine.

En 1859, Murchison en rapporte une observation (*Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne*, n° XXV, p. 460). Voici les caractères qu'il lui assigne : éruption écarlate sur tout le corps, précédant de deux ou trois jours celle des taches rosées. Murchison l'a remarquée chez cinq des quarante-cinq

patients admis à l'hôpital, pendant les huit premiers jours de leur maladie. Chez un sixième il la vît paraître dans les mêmes conditions.

Bricheteau (*Union Médicale*, 14 avril 1864, p. 82), nous fournit une observation de fièvre typhoïde pendant laquelle apparut, avant les taches lenticulaires, sur toute la partie supérieure du tronc, une éruption scarlatiniforme, qui s'évanouit au bout de trois jours.

En 1864, Chedevergne publie dans sa thèse (De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et éruptives), deux autres observations d'exanthème survenus également de façon précoce, avant l'apparition des taches.

En 1873, Siredey communique à la Société médicale des hôpitaux de Paris, l'observation d'un typhique atteint de rash scarlatiniforme. Plus tard, M. Féréol, médecin de la Maison municipale de santé, présente le même sujet à la Société des hôpitaux, à la séance du 25 février 1875. La relation en fut faite dans l'*Union médicale* du 9 mars 1876. — Ce fait donna lieu, à la Société médicale des hôpitaux, à une discussion fort intéressante. M. Besnier émit son opinion et nia la scarlatine, se fondant sur l'impossibilité de la coïncidence de deux affections fébriles, telles que la fièvre typhoïde et la scarlatine.

En 1876, Whyndham Cottl, relatant un cas d'éruption rubéoliforme au début d'une dothiénentérie

(*The Lancet*, du 19 août 1876), fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« Dans la fièvre typhoïde, dit-il, on doit se rappeler qu'il n'est pas rare de trouver une teinte scarlatiniforme d'intensité variable, assez semblable à la rougeur due à l'application d'eau chaude sur la poitrine. En cas d'absence d'autres signes distinctifs, on distingue cet exanthème scarlatiniforme d'une scarlatine, en remarquant qu'il se montre la veille ou l'avant-veille de l'éruption typhique ordinaire, plus tard que n'aurait apparu l'exanthème scarlatineux, et qu'il n'est pas suivi de desquamation.

En 1877, Bez (Thèse de Paris, 1877), démontre la coexistence possible des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde, et en particulier de la dothiénentérie et de la scarlatine, et la même maladie compliquée d'un érythème scarlatiniforme.

En 1879, nous trouvons signalée dans la thèse de Cabiran (Paris, 1879), l'observation de M. le Dr Cuffer : rash scarlatiniforme éphémère au 1er jour de la fièvre typhoïde, chez un homme de dix-neuf ans ; le sixième jour, taches rosées, angine, langue rouge.

Le 13 avril 1883, Wipham apportait à la Société clinique de Londres deux observations avec ce titre : « Rash scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde ». Mais la première se rapportait à un homme âgé de 36 ans, fébricitant depuis 14 jours, n'ayant pas de taches rosées, constipé, mourant après 3 jours d'éruption

généralisée compliquée d'angine. La seconde observation a plus de valeur : l'enfant, âgé de 4 ans, avait eu antérieurement la scarlatine ; il présenta des taches rosées le 13e jour, et, à l'autopsie, on trouva des plaques de Peyger ulcérées (la mort était survenue le 20e jour) ; or, du 3e au 6e jour, il avait offert un rash qui ne fut pas suivi de desquamation.

Dans la discussion qui suivit, Mahomed déclara qu'il avait observé plusieurs fois le *Roseolous* rash au début de la fièvre typhoïde, et cita le cas d'un enfant admis par erreur, selon lui, dans la salle des scarlatineux pour une éruption survenue au début d'une dothiénentérie démontrée ultérieurement par l'autopsie.

En 1881, avaient paru en France, sur les éruptions typhiques, les thèses de Kéromnés et de Reynaud ; chacune d'elles apporte quelques faits nouveaux d'exanthèmes scarlatiniformes compliquant la dothiénentérie.

Le même sujet fut traité par le Dr Lemaigre, en 1883.

En 1890, M. le Professeur Hutinel, et son chef de clinique, M. Martin de Gimard, font paraître une étude sur *les Erythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde* (*Médecine moderne*, 1890). Ils démontrent particulièrement l'épidémicité et la contagiosité de ces *érythèmes* et formulent une théorie nouvelle sur leur pathogénie.

En 1893, Monsieur le Dr Le Gendre communiqué à la Société Médicale de Hôpitaux de Paris, trois cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif, survenus au cours de la fièvre typhoïde, et, nés les uns des autres par contagion. M. le Dr Galliard observe un cas analogue en 1894, et consacre, à cette question, un article de la *Semaine Médicale*.

En 1896, M. le Dr Etienne rapporte à la Société de Médecine de Nancy plusieurs observations d'érythèmes typhoïdiques, parmi lesquels, trois exanthèmes scarlatiniformes.

Enfin le Dr Remlinger, médecin militaire à Tunis, fait paraître, dans la *Revue de Médecine* (Février et Mars 1900), une douzaine d'observations d'érythèmes dans le cours de la dothiénentérie, parmi lesquelles une observation d'exanthème scarlatiniforme, et, essaie de tirer quelques conclusions sur la symptomatologie, la pathogénie, et le pronostic de ces érythèmes.

Etiologie

Etudions d'abord l'influence du *sexe*. D'une façon générale, les éruptions, de quelque nature qu'elles soient, au cours de la fièvre typhoïde, paraissent être plus fréquentes dans le sexe masculin. Sur 59 cas d'éruptions soit rubéoliformes, soit scarlatiniformes, réunis par Remlinger, on trouve : 36 hommes et 23 femmes ; il est juste de remarquer toutefois que la fièvre typhoïde sévit moins fréquemment chez la femme que chez l'homme. Sur les treize observations que nous rapportons dans cette étude, nous avons dix hommes pour trois femmes.

L'étude de *l'âge*, auquel se produisent les éruptions, fournit, également, quelques notions intéressantes. Sauf deux de nos observations, où l'âge des sujets atteint 29 ou 30 ans, presque tous les cas se rapportent à des individus ayant moins de 25 ans. — Les auteurs signalent, d'ailleurs, la fréquence de ces éruptions à deux périodes de la vie, l'une entre douze et quatorze, l'autre entre vingt et un,

et vingt trois ans ; ce qui explique leur fréquence relative dans les hôpitaux d'enfants et les hôpitaux militaires. Chez les enfants particulièrement, la fréquence des éruptions, de quelque nature qu'elles soient, dans la dothiénentérie, parait hors de proportion avec celle de la fièvre thyphoïde. Le Dr Remlinger, attirant l'attention sur cette circonstance, invoque une plus grande sensibilité de la peau à cet âge.

Les érythèmes scarlatiniformes surviennent-ils dans une *forme clinique* de la dothiénentérie plutôt que dans une autre ? D'après l'analyse de nos observations, l'érythème scarlatiniforme ne semble blepas être l'apanage de tel ou tel type bénin ou grave de la maladie. Nous relevons dans nos observations, sept cas de fièvre typhoïde bénigne, et cinq autres de fièvre thyphoïde grave. Ces érythèmes peuvent donc se produire à tous les degrés de gravité de la maladie.

Quelle est leur *époque d'apparition ?* On peut les observer aux différentes périodes de la maladie. M. le Dr Galliard les divise : en érythèmes de la période d'état, et, érythèmes de la période de convalescence. Il subdivise, en outre, les premiers : en érythèmes *précoces* précédant les taches rosées lenticulaires, et *tardifs* (consécutifs aux taches rosées lenticulaires).

Parmi les érythèmes *précoces* de la période d'état, nous pouvons ranger : le cas de Forget, où l'érythème scarlatiniforme survint au sixième jour de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la veille de l'apparition des taches

rosées lenticulaires ; le cas de Jenner (*Médical Times*, 1859, où l'éruption précéda également les taches rosées. Le malade de Bricheteau (Observ. VIII), eut son rash entre deux poussées successives de taches rosées. Cabiran rapporte, dans sa thèse, une observation du Dr Cuffer, où le rash scarlatiniforme survient au 4e jour de la fièvre typhoïde; les taches rosées apparurent le sixième jour.

L'un des malades de Wipham (Société clinique de Londres, présenta un rash scarlatiniforme du 3e au 6e jour de sa maladie ; les taches rosées firent leur apparition au 13e jour).

Les *érythèmes tardifs* de la période d'état sont toutefois plus fréquents ; c'est alors du douzième au vingt deuxième jour qu'ils apparaissent. Dans l'observation X, l'éruption se montra au quinzième jour de la maladie ; de même dans l'observation IX, (thèse de Gillet). Le malade de Leloir fit son éruption le dix huitième jour de sa maladie Les taches rosées étaient apparues le huitième jour ; elles étaient donc particulièrement précoces dans cette observation ; c'est également le dix-huitième jour, que fut signalée l'éruption scarlatiniforme dans l'observation VIII.

L'erythème apparaît aussi *dans la période de déclin de la maladie,* soit, qu'il précède immédiatement la défervescence, soit, qu'il survienne en pleine convalescence, alors que la fièvre a disparu depuis dix, quinze, ou vingt jours. Le malade de M. le Dr

Galliard, (obs. XII), fit son érythème au quarantième jour, au moment où il allait entrer en convalescence. Les différents malades du Dr Legendre virent leur érythème apparaître, l'un *sept jours*, après la défervescence (obs. I), l'autre *dix jours*, après la défervescence (obs. III) ; le troisième (obs. II avait fait sa défervescence, depuis *vingt-deux jours*, lorsque survint son éruption.

Nous arrivons à un des points les plus particuliers de ces érythèmes : c'est *leur épidémicité et leur contagiosité*.

Fréquemment l'érythème survient sur des points, rapprochés les uns des autres de sorte, qu'il devient très facile de suivre le fil de la contagion. Dans le service de M. le Professeur Spilmann, à Nancy, le Dr Gillet observa deux malades dont l'un entra le 15 mai, l'autre le 10 juin ; le premier de ces malades occupa le lit n° 14, le second, le lit n° 15 ; ils furent atteints d'exanthème scarlatiniforme, les 27 juin et le 5 juillet, et succombèrent les 29 juin et le 7 juillet. Un autre exemple de l'épidémicité de ses érythèmes, nous est fourni par le fait suivant survenu dans le service de M. le Dr Legendre :

Le 14 mars 1893, mourait, dans le service de Monsieur le Dr Le Gendre, un malade qui avait fait, au cours d'une fièvre typhoïde, un érythème scarlatiniforme desquamatif. En un court espace de temps, dans la même salle que ce malade, et dans des lits

peu éloignés les uns des autres, deux autres typhiques succombaient après avoir présenté un érythème identique. Mais particularité des plus curieuses, l'épidémie ne se localisa pas aux seuls typhiques ; un brightique était atteint du même érythème scarlatiniforme, et succombait lui aussi.

Cette épidémie explique qu'on puisse rester dans un service de typhoïdiques fort longtemps, sans observer un seul cas d'exanthème scarlatiniforme ; puis tout à coup de nombreux cas apparaissent, fournissant pour une épidémie un pourcentage très élevé.

Quoiqu'il en soit, l'érythème scarlatiniforme est une complication rare de la dothiénentérie : à grand peine peut-on réunir, en parcourant la littérature médicale, une vingtaine d'observations. Cependant, il est rationnel d'admettre, que les érythèmes, ont souvent passé inaperçus, soit qu'ils aient eu une durée éphémère, deux ou trois jours, soit qu'ils soient survenus au moment de la convalescence, à une période où l'attention n'est pas attirée sur les téguments.

Telles sont les différentes notions auxquelles nous conduisent l'étude des influences diverses qui régissent l'étiologie des érythèmes. Nous pouvons résumer cette étiologie par les quelques propositions suivantes :

L'exanthème scarlatiniforme se produit de préférence chez des sujets appartenant au sexe masculin et ayant moins de vingt-cinq ans ; ils appartiennent

aussi bien aux formes bénignes qu'aux formes graves de la dothiénentérie ; ils peuvent se produire, soit pendant la période d'état soit après la défervescence de la maladie en pleine convalescence ; ils sont enfin épidémiques et contagieux.

Caractères physiques de l'exanthème

Siège. — Fort souvent, nous voyons l'éruption *généralisée* à toute l'étendue du tégument (observ. II, III, V, VI, XI, XII) ; tantôt la généralisation existe d'emblée, tantôt l'éruption occupe quelques points seulement du tégument, pour se généraliser ensuite. Les observations II, V et XI, nous fournissent des exemples de généralisation d'emblée ; le début de l'exanthème se fait, au contraire, au niveau du coude gauche dans l'observation XII ; mais il peut se faire encore, par la face et le cou (observation VI), les membres supérieurs et inférieurs. (Observ. III.)

Mais, il arrive aussi que l'éruption ne se généralise pas, et reste cantonnée en certains endroits du corps. Nous la voyons occuper le thorax, l'abdomen, le cou, les aisselles, les aines (observ. X) ; le thorax, l'abdomen et les membres supérieurs (obs. VII) ; le thorax, le dos, les membres supérieurs (observ. VIII); les membres inférieurs et les fesses (observ IX) ; la face et le tronc (obs. IV) ; la face, le cou, les coudes, les poignets, la face dorsale du pied (obs. I).

Donc, la face est parfois complètement indemme ; au tronc, les auteurs signalent que la face antérieure du thorax et de l'abdomen est généralement plus atteinte que la face postérieure (observ. IV). L'éruption est également plus intense à la racine des membres qu'à leur extrémité. Enfin on signale aussi la prédominence de l'éruption au niveau des jointures.

En résumé, le siège de prédilection est le tronc, atteint de façon à peu près constante ; viennent ensuite par ordre de fréquence les membres, puis la face.

Caractères physiques de l'éruption. — Le plus souvent, l'éruption est d'emblée scarlatiniforme, et simule à s'y méprendre, une éruption de scarlatine vraie ; quelquefois cependant, l'éruption est constituée au début par de petits éléments papuleux, qui se fusionnent, dans la suite, pour constituer des placards d'aspect absolument scarlatiniforme : Dans l'observations III, l'érythème est formé par de petites taches arrondies et confluentes, surélevées d'une teinte rouge vif, arrondies de 2 à 3 milimètres de diamètre. Ces premiers éléments s'agrandissent peu à peu ; la fusion se fait en plusieurs points, pour constituer de larges placards rouge vif d'aspect absolument scarlatiniforme ; de même, dans l'observation I, l'éruption est constituée par quelques petites taches papuleuses, rouge vif, de 3 à 4 millimètres de diamètre. Ces taches se réunissent ensuite dans les régions atteintes, pour

former de larges placards scarlatiniformes rouge vineux.

Lorsque l'éruption est constituée, elle est tout-à-fait semblable à celle de la scarlatine. Les auteurs qui s'étendent sur la description de l'exanthème disent qu'il est constitué par une rougeur généralisée, diffuse, très intense, de couleur framboisée, pointillée, disparaissant par la pression ; si l'on applique sur la surface cutanée la main à plat, on obtient une empreinte très exacte des cinq doigts, qui tranche sur le fond violacé de la peau. Cependant on aurait noté une teinte moins foncée et une moins grande netteté de la peau.

Coexistence d'autres éléments dermatologiques. — Des éléments dermatologiques différents coexistent parfois chez le même malade. Ce sont quelquefois des taches de purpura, comme chez le malade du Dr Remlinger ; chez ce malade on constata en même temps qu'une éruption scarlatiniforme, au niveau du thorax et de l'abdomen, une cinquantaine de taches de purpura aux avant-bras et aux jambes. Ces taches étaient arrondies pourpres, séparées par de la peau saine, ne s'effaçant, ni ne palissant sous la pression du doigt ; ces taches de purpura augmentèrent de nombre pendant les derniers jours du malade, particulièrement aux membres inférieurs ; — ou bien encore l'on voit se produire une véritable *éruption bulleuse :* chez l'un des malades présentés par M. le

Dr Le Gendre, à la Société médicale des Hôpitaux en 1893 (obs. II), quelques jours après l'exanthème scarlatiniforme, l'on vit apparaître à la paume des mains et à la plante des pieds, de taches ecchymotiques de 4 à 5 millimètres de diamètre, avec tendance au soulèvement épidermique ; puis survinrent, sur la face dorsale de la main et externe du poignet, de petites bulles à contenu séreux. Des bulles absolument semblables se montrèrent, dans la suite, au niveau de la racine des cuisses, l'aisselle gauche: ces bulles étaient très prurigineuses ; plus tard elles devinrent confluentes, leur contenu se troubla et elles prirent l'aspect de grandes phlyctènes. Le malade de M. le Dr Galliard (obs. XII), présenta également pendant son éruption scarlatiniforme, des bulles remplies de sérosité, aux lèvres, à la plante des pieds, au niveau des doigts.

Ces érythèmes s'accompagnent rarement de phénomènes subjectifs, tels que démangeaisons, picotements. L'*angine* manque dans la grande majorité des cas (obs. I, III, VII, VIII, VI, XIII ; dans d'autres observations, on trouve tout ou plus une rougeur banale de la gorge ; enfin, lorsque l'angine existe, elle ne devance pas l'éruption, comme celle de la scarlatine, mais au contraire, ne survient que quelques jours après l'exanthème. L'aspect vernissé de la langue, au moment de la période de desquamation, n'a été noté que deux fois (observ. II et XII).

Quelle est la *durée* de l'érythème scarlatiniforme ? D'une façon générale cette durée est éphémère : elle est de 3 jours (observ. VII) ; elle atteint 5 jours (observ. I et III) ; quatre jours (observ. XI). Dans un cas (obs. X), l'érythème s'est prolongé douze jours, jusqu'à la mort ; enfin une fois l'érythème n'a précédé la mort que de deux jours, et a par conséquent duré jusqu'au décès (observ. VIII) ; une autre fois, la mort est survenue le jour même de l'apparition de l'exanthème (observ. IX) ; dans une seule observation nous voyons la teinte rouge des téguments apparaître le 27 juillet et notée encore le 20 du mois suivant (obs. IV).

Chez le malade de M. le Dr Cuffer, dont l'observation fut rapportée par le Dr Cabiran (thèse de Paris, 1879), le rash scarlatiniforme dura deux jours ; même durée pour le cas qui fit l'objet de la communication du Dr Wipham, à la Société clinique de Londres le 13 avril 1883.

Comment se comportent ces érythèmes ? Tantôt ils s'atténuent, peu à peu, et disparaissent sans laisser de traces. C'est ce qui se passe dans les observations IV, V, VII, X, XI ; dans ces différents cas, aucune desquamation ne fut notée ; tout au plus, attire-t-on l'attention (observ. VII) sur une teinte plus foncée, qui suivit l'éruption, au niveau des téguments où avait siégé antérieurement l'exanthème. La desquamation existe au contraire dans quatre observations (obs. I, II, III, XII).

Comment s'est comportée la desquamation dans ces différents cas, c'est ce que nous allons maintenant étudier.

D'une façon générale, c'est une desquamation à grands lambeaux, rappelant à s'y méprendre celle de la scarlatine. Elle apparaît d'abord à la face, puis au tronc, puis aux membres ; à la face palmaire des mains, les plaques sont particulièrement épaisses. Parfois, la muqueuse buccale se dépouille, et la surface entière de la langue devient vernissée, ainsi que la face interne des joues. Très souvent on note la *chute spontanée des poils*, au niveau des cheveux, des sourcils, des cils, et des membres. Enfin la desquamation *peut s'étendre aux ongles* (observ. II), et ceux-ci, secs et cassants, sont creusés sur leur bord adhérent à la matrice d'un profond sillon, sans qu'il soit cependant possible de les détacher et de les faire tomber.

Nous verrons, en étudiant le diagnostic différentiel de la scarlatine et de l'exanthème scarlatiniforme, que cette extension de la desquamation kératosique aux poils et aux ongles, constitue un caractère assez important.

Nous nous réservons enfin d'insister, dans ce même chapitre, sur la précocité de la desquamation qui débute généralement avant le déclin de l'éruption, avant même l'extension complète de cette dernière. Rappelons, dès maintenant, que la desqua-

mation, dans la scarlatine, ne commence au contraire, que lorsque l'éruption s'éteint, dans la grande majorité des cas, tout au moins (1).

Température. — Pouls. — Phénomènes généraux accompagnant l'érythème scarlatiniforme.

Comment se comporte la température, dans les différents cas de dothiénentérie compliqués d'exanthème scarlatiniforme? En général, elle suit une courbe thermométrique particulière, sur laquelle M. le Professeur Hutinel avait déjà attiré l'attention, en 1890, en rapportant plusieurs observations d'exanthème polymorphe dans la fièvre typhoïde. Dans la plupart de nos observations, il se produit une ascension thermométrique, quelques jours avant l'éruption, soit brusquement, soit d'une façon continue, pour arriver à une élévation visible sur la courbe thermique de la

(1) Kapposi. Traité des maladies de la peau, traduit par Besnier et Doyen.

dothiénentérie ; puis survient une dépression d'autant plus curieuse qu'elle ne concorde avec aucune amélioration dans l'état général : parfois la température s'élève le jour même de l'éruption pour descendre quelques jours après le début de l'exanthème.

C'est ainsi, que, dans l'observation VIII, la température avait atteint, pendant les jours qui précédèrent l'éruption, 40°, elle tomba à 38° le jour de l'apparition de l'exanthème.

Dans l'observation IX, courbe plus sensible encore. La veille de l'éruption, ascension thermométrique subite : la température qui se maintenait, aux environs de 40°, les jours précédents s'éleva brusquement à 40°9. Le lendemain, jour de l'apparition de l'exanthème, la température se mit à descendre brusquement aux environs de 38°.

La température se comporte encore de même dans l'observation II. Ici, c'est en pleine convalescence, que survient l'exanthème, mais quatre jours avant son apparition, la température se met à monter progressivement ; elle est tout d'abord de 38°5, puis de 39°, pour atteindre 39°4, la veille de l'apparition de l'éruption. Elle tombe à 38°, le jour même où survient l'exanthème.

Dans l'observation III, l'érythème survient également pendant la période de défervescence. Le jour même de l'éruption, il se produit une ascension de la température qui de 36°8, arrive à 39°5. Puis les jours

suivants, elle tombe à 38° et oscille entre ce chiffre et 37°5.

Dans l'observation XI, relatée dans la thèse du Dr Kéromnès, la température monta à 40° cinq jours avant l'éruption, et se maintint à ce chiffre pendant quatre jours ; elle tomba à 38°2 au moment où survint l'exanthème scarlatiniforme.

Enfin, dans l'observation XIII, au moment de la deuxième journée de l'éruption, la température monta à 41°2, et tomba le lendemain à 37°.

Cependant, il existe quelques exceptions à la règle que nous avons posée plus haut. Le malade de M. le Dr Galliard (obs. XII), a eu, sans doute, une élévation thermique au moment de son éruption, et la température est montée chez lui de 37 à 38°, mais les jours suivants, au lieu de s'abaisser, elle atteignit 39°4, puis 40°4.

D'autres fois, l'éruption *se produit* sans *élévation de la température* (Obs. I). C'est ce qui se produisit également, dans un fait relaté par M. le Docteur Kéromnès dans sa thèse (p. 41), où un rash scarlatiniforme, qui dura un jour survint sans être accompagné de phénomènes fébriles, ni de modification de l'état général de la malade

Dans les différentes observations, où la température se met à baisser, après l'éruption ; elle se maintient à ce niveau si le cas doit être favorable, elle

remonte au contraire à 40° environ, si la mort doit survenir.

C'est ainsi, que dans l'Observation II, la température, qui était tombée à 38°, au moment du début de l'éruption, se maintint, aux environs de ce chiffre, pendant quatorze jours, attint alors 39°5, et oscilla autour de ce chiffre jusqu'au moment de la mort.

Dans l'Observation III, après la chute de la température, qui se produisit dans les jours qui suivirent l'exanthème, la température oscilla entre 38° et 37°5, puis monta à 39°, pendant les heures qui précédèrent la mort.

En résumé, dans la majorité des cas où la fièvre typhoïde est compliquée d'exanthème scarlatiniforme, l'ascension thermique précède, ou quelquefois accompagne l'éruption ; puis survient très vite, parfois le jour même du début de l'exanthème, une dépression, suivie à son tour d'une nouvelle ascension thermique, si la mort doit survenir.

Le Dr Gillet, dans sa thèse, aurait observé que le *pouls* suit également, une marche parallèle à la température ; il s'accélère, au moment de l'éruption, pour se ralentir ensuite ; mais le cas échéant, il atteint, dans les derniers moments, une extraordinaire fréquence.

Quelques auteurs toutefois, sont d'avis que la courbe thermique et celle du pouls, sont très peu modifiées par l'apparition de l'exanthème.

État général. — Dans certains cas, l'érythème se produit sans qu'il y ait aggravation de l'état général. La fièvre typhoïde poursuit régulièrement son évolution, sans que des phénomènes graves ou des complications surviennent (Observ. X, XIII), et la maladie se termine par la guérison. Aucune trace d'albumine n'est signalée dans les urines des malades qui font le sujet de ces observations. Les deux cas de Chedesayne se rapportent également à une dothiénentérie de gravité moyenne, dont l'évolution ne fut en aucune sorte, influencée par l'exanthème : la guérison survint au bout d'un mois dans les deux cas.

Malheureusement, les choses se passent tout différemment, dans d'autres circonstances. Un malade avait fait jusque-là sa fièvre typhoïde dans des conditions de bénignité remarquable : l'état général était des plus satisfaisants ; l'exanthème survient et dès lors la scène change, la fièvre typhoïde évoluant avec une malignité toute particulière, et, emportant la malade en quelques jours. Mais ce qui frappe plus encore l'observateur, c'est l'aggravation subite de l'état général, *coïncidant avec l'éruption,* lorsque, celle-ci survient pendant la période de déclin : l'antithèse devient alors plus frappante, chez ce malade déjà entré dans la période de convalescence, qui se sentait mieux, réclamait à manger, qui était déjà considéré comme guéri, et chez qui surgissent tout-à-coup les phénomènes les plus graves. Les manifesta-

tions cliniques qui se produisent alors, sont à peu près identiques, dans la plupart des observations.

Le *facies*, tout d'abord, s'altère rapidement et rappelle celui des malades atteints de péritonite grave. C'est le facies infectieux pseudo-péritonéal : le nez est effilé, les yeux sont brillants et excavés, entourés d'un cercle d'un rouge sombre ; les lèvres sont pincées, les joues marbrées, le teint terreux, toute la physionomie respire l'angoisse et la terreur.

L'appareil *digestif* est particulièrement touché : la langue et les lèvres sont sèches et fuligineuses : l'anorexie est absolue. Les vomissements sont incoërcibles : le lait, le bouillon, bien tolérés jusque-là, sont rejetés ; puis les malades rendent sans grands efforts, des matières bilieuses, verdâtres, porracées, mélangées de mucosités filantes. Les vomissements durent plusieurs jours et ne permettent souvent pas l'ingestion des boissons glacées. La diarrhée augmente, et les selles prennent un aspect gris verdâtre spécial, très net, leur fétidité est très accentuée.

Les troubles du *système nerveux* prennent également une intensité remarquable ; les différents observateurs relatent chez leurs malades une torpeur des plus accentuées ; le patient est étendu dans son lit, le regard hagard, marmottant des mots incompréhensibles ; il répond à peine aux excitations de l'entourage ; il a du *subdélire*, et même du *délire* continu ; il est plongé dans le *coma* absolu, pendant

les deux ou trois jours qui précèdent la mort ; on a observé enfin des attaques convulsives épileptiformes avec cyanose (obs. III) ; et même, des phénomènes de méningite (obs. I), caractérisés par de l'inégalité des pupilles, de la raideur de la nuque, des vomissements faciles et semblables à des régurgitations, de l'incontinence d'urine et de matières fécales, une raie méningitique, etc.

Il n'est pas rare d'observer aussi une congestion hypostatique des deux bases, avec toux fréquente et quinteuse, et dyspnée.

Du côté de l'*appareil urinaire*, on note fort souvent de l'albuminurie (obs. I, II, III, X, XII) de l'incontinence d'urine (obs. I).

Des complications moins fréquentes sont l'apparition de gangrène cutanée, au niveau du sacrum (obs. III), au niveau du coude (obs. XII). Nous avons signalé déjà la coïncidence d'autres éruptions, telles que miliaire, purpura, éruptions bulleuses, etc.

Pathogénie

Nous serons brefs sur cette question. La pathogénie de l'érythème scarlatiniforme ne diffère pas, de celle des autres érythèmes infectieux, survenant dans la fièvre typhoïde. Nous allons donc résumer les différentes théories émises par les auteurs à ce sujet.

La première en date est celle de Lovy (thèse de Paris, 1890). Cet auteur pense qu'il se produit, au moment de la défervescence, un effort de l'organisme qui tend à éliminer, par la peau et par les reins, les bacilles d'Eberth qu'il contient. L'élimination par la peau provoquerait l'exanthème ; celle qui se ferait au niveau des reins déterminerait une néphrite hémorragique de la défervescence, dont le pronostic serait très bénin. Nous avons déjà vu que les différents auteurs sont arrivés à des résultats peu concluants, en essayant de déterminer le microbe susceptible d'avoir provoqué l'érythème scarlatiniforme chez les typhiques ; qu'en aucun cas, toutefois, ils n'ont trouvé le bacille d'Eberth au niveau des téguments. Et d'autre

part, on ne comprendrait pas, si l'hypothèse de Lovy était la vraie, que l'exanthème scarlatiniforme et la néphrite hémorragique de la défervescence, soient des accidents aussi exceptionnels.

M. le Professeur Hutinel invoque une infection secondaire et rejette la possibilité de décharges bactériennes cutanées, qu'admettait Lovy : « M. le Professeur Bouchard, dit-il, a sans doute signalé la possibilité de pareils accidents dans la fièvre typhoïde. L'érythème serait alors comparable à la miliaire bactéridienne décrite par M. Hanot ; seulement les micro-organismes, au lieu de provoquer une suppuration du derme, n'auraient déterminé qu'une congestion passagère. Ce n'est pas en tout cas, le bacille d'Eberth qui pourrrait être mis en cause, car le tableau clinique que nous avons tracé diffère essentiellement des accidents occasionnés par l'élément pathogène de la fièvre typhoïde. »

C'est pourquoi M. le Professeur Hutinel considère comme plus rationnelle l'hypothèse d'une infection secondaire. Quel était l'agent de l'infection, il n'a pu le déterminer ? Les différentes cultures, faites par lui au niveau des téguments, ou même avec le sang recueilli dans le cœur, chez un enfant mort depuis quelques instants, restèrent négatives. Quoi qu'il en soit, l'envahissement se ferait, dit-il, rarement au niveau des ulcérations intestinales, plus souvent à la faveur de lésions buccales (aphtes), ou peribuccales

(boutons, gerçures), observées par le Professeur Hutinel chez tous ses malades.

Dautres auteurs, Gillet, Rispal, supposent que dans certaines conditions, le bacille d'Eberth peut secréter des produits érythogènes ; l'élimination de ces produits au niveau des téguments détermineraient l'exanthème rubéoliforme ou scarlatiniforme.

Bactériologie

Dans quelques cas d'exanthème scarlatiniforme au cours de la dothiénentérie, on fit l'examen des squames au point de vue bactériologique, ainsi que celui du sang. Hâtons-nous de dire que ces différents travaux ne permettent pas encore d'établir nettement la pathogénie de ces érythèmes. Nous allons cependant faire connaître les différents résultats auxquels sont arrivés les observateurs.

Chez un de ses malades (obs. II) M. le Dr Legendre examina les squames du thorax, qu'il ensemença sur la pomme de terre. Cet ensemencement fut à peu près négatif, sauf une colonie, sous forme d'une petite plaque du diamètre d'une lentille, de couleur verdâtre; on aperçut, en examinant cette plaque au microscope, une grande quantité de bacilles offrant les apparences du *coli-bacille*, et se caractérisant par ses réactions ordinaires. M. le Dr Legendre se hâte cependant d'ajouter qu'on ne peut établir avec certitude un lien étiologique entre la dermatose et ce microbe

dont la présence accidentelle au niveau des téguments n'est pas difficile à expliquer.

Chez ses deux autres malades (obs. I et III) M. le Dr Legendre essaya d'obtenir des cultures avec le sang, l'urine, la sérosité des phlyctènes. Elles demeurèrent stériles. On trouva bien dans les produits de desquamation plusieurs espèces de microbes, notamment des *diplocoques*, mais aucun d'eux ne prédominait et ne pouvait être pris en considération au point de vue de la pathogénie.

Dans un autre cas d'exanthème scarlatiniforme (obs, VIII) M. le Dr Etienne, de Nancy, recueillit du sang : 1° au niveau d'une portion de la peau restée saine; 2° au centre d'une des plaques scarlatiniformes. Ce sang fut immédiatement ensemencé sur gélose et bouillon. Ces ensemencements donnèrent des cultures pures de *staphylocoques* blancs et dorés.

Ces différentes constatations ne doivent pas être considérées comme très importantes. Le staphylocoque, le coli-bacille habitent normalement la peau et même infiltrent très profondément les téguments; de sorte que leur présence dans les différentes cultures ne peut encore éclairer l'histoire de la pathogénie de l'érythème scarlatiniforme.

Marche, Pronostic

Nous avons déjà insisté dans les pages qui précèdent sur l'époque d'apparition des exanthèmes, et sur la durée de ces éruptions. Nous n'y reviendrons donc pas ici, mais il nous reste à étudier un point des plus importants de l'histoire de ces érythèmes : ce sont les *rechutes* dont ils sont susceptibles ; quand la première évolution éruptive est presque terminée, on peut, en effet, voir des rechutes subintrantes ; une nouvelle éruption apparait au moment où la première desquame et il se produit plusieurs poussées successives. La lecture des différentes observations que nous avons recueillies montre combien ces faits sont fréquents.

L'observation du Dr Keromnes (obs. XIII) est particulièrement intéressante, en ce sens, que l'éruption qui se montra le 15 mai disparut le 29, et fut suivie de la production de vésicules miliaires très abondantes occupant exactement l'espace primitivement envahi par le rash. Les sudamina desséchèrent ra-

pidement, et la peau desquama. Puis, quatre jours après, le 2 juin, nouvelle poussée d'érythème scarlatiniforme. Le 4, nouvelle desquamation au niveau des points envahis par l'exanthème.

Dans un cas du Dr Lemaigre, neuf jours après la disparition d'une éruption scarlatiniforme, une nouvelle éruption se produisit avec des caractères identiques. Comme la première, elle se termina par desquamation.

Chez un des malades du Dr Le Gendre (obs. II) une première éruption se produisit au niveau de la face, des membres supérieurs, et des membres inférieurs ; une nouvelle éruption localisée au scrotum et au prépuce se produisit cinq jours après la disparition de la première.

Nous verrons combien ces faits sont importants pour établir le *diagnostic* entre l'exanthème scarlatiniforme, et une scarlatine véritable compliquant la dothiénentérie.

Le *pronostic* est variable suivant les cas. Bénin quelquefois, l'exanthème scarlatiniforme apparaît au contraire dans d'autres circonstances comme une des complications les plus graves de la fièvre typhoïde.

Dans les cas heureux, la fièvre typhoïde poursuit régulièrement son évolution, et se termine par la guérison. L'exanthème ne dure pas plus de trois ou quatre jours, et la desquamation est des plus rares ; nous ne l'avons notée qu'une seule fois (obs. XIII).

Mais comme nous l'avons dit, l'exanthème acquiert une signification pronostique des plus graves dans nombre d'observations. Tantôt il survient dans une dothiénentérie d'allure bénigne jus que-là, et son apparition coïncide avec une aggravation subite de l'état général ; la scène clinique change d'aspect tout d'un coup et le malade est emporté en peu de temps, après avoir présenté des phénomènes généraux de la plus haute gravité ; d'autres fois l'exanthème scarlatiniforme ne fait que souligner la malignité spéciale de la maladie, qui, antérieurement déjà, s'annonçait comme particulièrement grave.

Nous ferons remarquer que ces cas graves se produisent rarement isolés, mais au contraire surviennent par épidémies localisées à une salle d hôpital, ou seulement à quelques lits voisins les uns des autres. Les faits du Dr Le Gendre, ceux du Dr Gillet en sont des exemples. Dans les cas bénins, au contraire, l'épidémicité et la contagiosité sont loin d'être aussi bien démontrées.

De sorte que la signification pronostique de l'exanthème variera suivant les épidémies et deviendra particulièrement sombre, si antérieurement, et dans une même salle, il s'est produit des cas de dothiénenthérie, avec exanthème scarlatiniforme, terminés par la mort.

Ces faits permettent de comprendre les divergences des auteurs au sujet du pronostic de l'exan-

thème scarlatiniforme dans la dothiénentérie, divergences qui s'expliquent par la diversité des milieux où ils s'observaient.

En général, l'issue fatale est à craindre dès qu'on observe les phénoménes généraux suivants : Intolérance stomacale, diarrhée gris verdâtre, élévation de la température après la chute du début, prostration et adynamie, fréquence extrême du pouls, température 40 à 41°, présence de vésic)-pustules, de bulles, de purpura. Nous avons noté la fréquence particulière de la desquamation en cas de terminaison mortelle.

Diagnostic

En présence d'un exanthème scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde, il est rationnel de se demander si l'on n'a pas à faire à une apparition possible de la scarlatine survenant chez un typhique. En effet, d'après les auteurs, la coexistence de la scarlatine et de la fièvre typhoïde n'est pas chose absolument rare.

Rappelons toutefois ici, que M. le Dr Besnier, à propos du malade présenté par M. le Dr Siredey à la Société médicale des hôpitaux en 1873, niait la possibilité de la coïncidence des deux maladies. Cette question fut reprise par M. le Dr Bez dans sa thèse, où cet auteur réunit tous les cas bien connus de coïncidence des fièvres éruptives entre elles ; il cite particulièrement des exemples de scarlatine développées dans le cours de la fièvre typhoïde et ce même auteur rapporte des observations des Drs Taupris, Rilliet et Barthez, Guersant et Blacke.Murchison, Regnauld, qui en font foi. Dans ces différentes observations, on avait bien à faire à une scarlatine, car tous les symptômes de

cette maladie s'y trouvaient au complet : La température montait d'emblée à 40°, survenait alors l'angine, et au bout de deux jours, l'éruption apparaissait érythémateuse, uniforme et généralisée. Elle persistait pendant quatre jours. La desquamation se produisait et la langue se dépouillait.

Il est donc bien prouvé que les deux affections, fièvre typhoïde et scarlatine, peuvent coexister. Quels sont donc les caractères qui permettront, dans la plupart des cas, de savoir si l'on se trouve en présence soit d'une scarlatine, soit au contraire, d'un exanthème scarlatiniforme ?

L'un des symptômes les plus importants de la scarlatine est l'*angine*. C'est un symptôme constant, et qui, de plus appartient à la période d'invasion.

Dès le début de la maladie, un jour ou deux jours *avant l'éruption*, on peut constater, en cas de scarlatine, une rougeur vive du voile du palais et des amygdales, qui sont quelquefois légèrement tuméfiées. Or, si nous consultons nos observations, que voyons-nous ? L'angine manque dans la grande majorité des cas (Obs. I, III, VII, VIII, IX, XIII) ; et lorsque l'angine apparaît, jamais elle ne *devance* l'éruption ; elle ne survient, au contraire, que quelques jours après l'exanthème. Le malade du Dr Legendre (Obs. II), est typique à cet égard ; il fait, en effet, son éruption scarlatiniforme le 1er février ; une fois l'éruption constituée, elle rappelle à s'y méprendre celle de la scarlatine,

mais on ne trouve aucune trace d'angine ; celle-ci n'apparait que le 7 février, six jours par conséquent après le début de l'exanthème ; la muqueuse buccale devint alors également rouge vif, et la surface de la langue et des joues se dépouilla tout entière et devint vernissée ; de même, le malade de M. le Dr Galliard (Obs. XII), ne fit son exanthème bucco-pharyngé que quatre jours après le début de l'éruption scarlatiniforme. La malade dont l'observation fut rapportée par Keromnés dans sa thèse (Obs. XI), eut tout au plus la gorge un *peu rouge*, et cette rougeur ne survint que le jour où apparut l'éruption.

Voilà donc l'un des caractères qui permettra le mieux d'établir le diagnostic

Lorsque l'éruption apparaît, il est fort difficile d'établir un diagnostic en se fondant uniquement sur les caractères de l'exanthème. L'éruption scarlatiniforme peut présenter un aspect identique à celle d'une scarlatine véritable. La durée est la même, de quatre à cinq jours, et au delà, comme celle de la scarlatine. Il ne faut donc pas considérer l'exanthème en lui-même pour formuler une conclusion. Déjà nous avons insisté sur le mal de gorge qui devance toujours l'éruption, en cas de scarlatine. Nous allons maintenant étudier un autre caractère, très important aussi, de la scarlatine, la desquamation et la comparer à celle qui peut survenir dans l'exanthème scarlatiniforme.

Hâtons-nous de dire, cependant, que l'existence de la desquamation, dans l'exanthème scarlatiniforme, est chose des plus variable. Nous l'avons vue manquer dans les observations IV, V, VII, VIII, IX, X, XI ; le diagnostic est alors des plus simples, et une éruption, offrant les caractères d'un exanthème scarlatineux, mais n'étant pas suivie de desquamation, ne peut appartenir à une scarlatine. Mais quelquefois la desquamation survient et rend alors le diagnostic plus délicat. Nous allons essayer de démontrer toutefois qu'en pareil cas, on peut encore établir le diagnostic.

La desquamation, dans la scarlatine, commence lorsque l'éruption s'éteint, et cela dans la grande majorité des cas. Au contraire, dans les exanthèmes scarlatiniformes, qu'ils soient primitifs, qu'ils compliquent, au contraire, une autre maladie, la desquamation se produit dès les premiers jours de l'éruption, alors même que celle-ci n'est pas encore apparue au niveau des points du tégument où elle doit le faire plus tard. C'est donc, *avant le déclin* de l'éruption, que débute la desquamation ; ce caractère de diagnostic différentiel a été nettement établi par M. le Dr Besnier.

Or, si nous consultons les observations où s'est montrée la desquamation, nous voyons qu'elle est, en effet, précoce et contemporaine de l'érythème.

Dans l'observation II, l'éruption est constituée le 7 février ; dès ce jour la desquamation apparaît à la face et aux membres, et se produit, alors que l'érup-

tion ne s'est pas encore universellement constituée, car trois jours après, le 10 février, elle gagna le scrotum et le prépuce qu'elle avait respectés jusque là.

Dans l'Observation III, la desquamation présente les mêmes caractères ; l'éruption a lieu d'abord au niveau des membres supérieurs et inférieurs, et la desquamation procède en ces endroits, devançant ainsi la généralisation de l'exanthème qui se fit deux jours après.

Même contemporanéité de l'éruption et de la desquamation à signaler dans l'Observ. I, puisque, dans ce cas, l'éruption fut définitivement constituée le 7 septembre, et que la desquamation se produisit ce même jour à la face.

M. le Dr Besnier ajoute toutefois « qu'il n'est pas impossible que dans certaines scarlatines, la desquamation n'anticipe sur les délais réglementaires » : mais, dit-il, « tout cela est exceptionnel, et *quand la desquamation est vraiment précoce*, elle a toute la valeur qu'on lui a attribuée. »

Une fois apparue, la desquamation de l'exanthème scarlatiniforme, présente les plus grandes analogies avec celle de la scarlatine. Fine, purpuracée et farineuse à la face, elle se fait par lamelles plus ou moins larges sur le tronc et les membres, et par de larges lambeaux aux pieds et aux mains.

Un point intéressant, c'est l'extension *de la desquamation kératosique aux ongles et aux poils*, qui

s'est produite chez la plupart des malades dont l'éruption fut suivie de desquamation. Notons particulièrement le sillonnement des ongles au niveau de leur matrice signalée dans l'Observ. II. Peut-on établir par ce caractère le diagnostic différenciel entre une scarlatine et un érythème scarlatiniforme ? M. le Dr Besnier répond à cette question en disant : « sans doute, il n'y a rien d'impossible à ce que, dans la scarlatine, la desquamation s'étende aux ongles, mais nous ne l'avons jamais vu ; aucun des faits produits ne le démontre, et les cas de scarlatine rapportés comme suivis de chute des ongles, sont tous contestables. »

Enfin *l'étude de la marche des érythèmes* viendra étayer définitivement le diagnostic. Nous avons déjà vu combien, en cas d'exanthème scarlatiniforme, sont fréquentes les rechutes subintrantes ; la première évolution éruptive est à peine terminée, qu'une nouvelle éruption apparait, au moment ou la première desquame, et c'est ainsi qu'on peut voir plusieurs poussées successives. Il est rare, au contraire, de voir l'exanthème scarlatineux évoluer en plusieurs poussées.

L'évolution très spéciale de la courbe thermique, la chute de la température suivant de près l'éruption scarlatiniforme, contribuera également au diagnostic.

On pourra donc, par les caractères énumérés plus haut, éliminer le diagnostic de scarlatine intercurrente ; mais il faut également déterminer si l'on se

trouve en présence d'un *érythème d'origine médicamenteuse*. Dans les cas que nous avons cités, tous les auteurs insistent sur ce fait qu'aucun des médicaments absorbés par les malades ne pouvait être considéré comme ayant pu provoquer l'érythème. Les principaux érythèmes connus jusqu'ici et dus à l'ingestion de certains médicaments sont ceux provoqués par l'absorption de la quinine, de l'alcool, du benzonaphtol, du mercure, de l'iodoforme.

D'une façon générale, les érythèmes médicamenteux se présentent rarement sous l'aspect d'érythèmes simples, scarlatiniformes ou rubéoliformes. Ce sont des érythèmes polymorphes.

La *quinine* donne lieu d'une façon tout-à-fait exceptionnelle à des érythèmes. Ceux-ci se présentent sous la forme de roséole, et ont été décrits sous le nom de *roséole quinique*. Cette roséole siège particulièrement à la face et au cou.

L'érythème dû à l'absorption de l'*alcool*, chez les enfants surtout, se montre par plaques fugaces sur le tronc et le cou.

Ceux dûs au *benzo-naphtol* sont très rares.

Les érythèmes dûs au *mercure* peuvent présenter une *variété localisée* et une *variété généralisée*.

Dans la première variété, l'éruption est constituée par des plaques rouges scarlatiniformes, siégeant principalement à la partie inférieure de l'abdomen, au niveau des cuisses, sur le scrotum et à la face interne

des cuisses. Ils se recouvrent souvent de vésicules et de vésico-pustules. Celles-ci donnent lieu ensuite à des croûtes jaunâtres, dont l'aspect rappelle un peu celles de l'impétigo. Le malade ressent des démangeaisons assez vives. Les croûtes tombent, une légère desquamation se produit et tout rentre dans l'ordre. Cette éruption peut évoluer sans phénomènes généraux ; d'autres fois, elle s'accompagne de fièvre et d'embarras gastrique.

Le siège spécial de ces érythèmes, les vésico-pustules qui viennent se surajouter à eux, les phénomènes de démangeaisons que les malades ressentent à leur niveau, permettront le diagnostic.

Dans la seconde variété, l'érythème envahit toute la surface du corps et même la face. C'est ici encore un érythème scarlatiniforme ; mais, comme dans le cas précédent, il se recouvre de vésicules, de vésico-pustules et de croûtes, ce qui le différencie de l'érythème scarlatiniforme venant compliquer la fièvre typhoïde. — Il se termine par une desquamation abondante.

La *belladone* peut donner lieu à une rougeur diffuse, d'apparence scarlatineuse; cette éruption s'observe particulièrement chez les enfants, plus souvent à la face que sur les autres parties du corps ; les commémoratifs permettront d'établir la provenance de cet érythème, qui d'autre part est extrêmement fugace,

dure à peine quelques heures et s'accompagne d'une dilatation pupillaire.

Les différents topiques appliqués sur une plaie, sur les escharres du décubitus, par exemple, peuvent produire des érythèmes; dans ce cas, le diagnostic est très facile, car la rougeur va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la plaie, où elle est à son maximum.

Nous passerons très rapidement en revue les caractères qui différencient l'exanthème scarlatiniforme des autres éruptions typhiques.

Les *taches rosées lenticulaires*, même lorsqu'elles sont très abondantes, ne parviennent jamais à former une rougeur diffuse scarlatiniforme, sans intervalle de peau saine.

L'*éruption pétéchiale* coïncide assez souvent avec l'exanthème scarlatiniforme, car, tous deux, sont l'apanage des états infectieux graves. Les taches de l'éruption pétéchiale sont discrètes, et au lieu d'être rouges écarlate, elles ont, dès le début, une teinte brun foncé, presque noire, car le sang est tellement altéré qu'il ne subit plus l'influence de l'oxygène et reste noir. Il existe fréquemment des hémorragies au niveau des muqueuses.

L'*éruption rubéoliforme* de la fièvre typhoïde est caractérisée d'après Lovy (Thèse de Paris, 1890), par des taches d'un rouge framboisé, séparées par des intervalles de peau saine, de deux ou trois fois leur diamètre. L'aspect général est celui d'une rou-

geole, mais on ne remarque pas la disposition en forme de croissant. Dans des cas extrêmement confluents, les taches pourraient arriver à se toucher et à produire une rougeur scarlatiniforme, mais en y regardant de près, on voit que les taches sont toujours un peu séparées par des intervalles de peau saine; et, d'ailleurs, si intense que soit l'éruption, elle ne l'est jamais assez aux jambes pour qu'on n'y retrouve plus ses caractères particuliers.

Enfin, il existe des cas où différents types cliniques d'exanthème s'unissent pour former des éruptions nettement polymorphes (Raymond et Nélaton, *Progrès Médical*, 1878), papilleuses sur les membres inférieurs, scarlatiniformes sur le tronc.

Nous terminerons l'étude du diagnostic en passant rapidement en revue les différentes maladies éruptives qui peuvent compliquer la fièvre typhoïde.

Nous avons déjà différencié la *scarlatine* d'avec l'exanthème scarlatiniforme.

La *rougeole* peut compliquer aussi la dothiénentérie, beaucoup plus rarement cependant, que ne le fait la scarlatine. L'éruption typique de la rougeole, le catarrhe intense des muqueuses de l'œil, du nez, du pharynx, du poumon, sont autant de signes qui permettent de conclure facilement à l'existence d'une rougeole intercurrente.

La variole, d'après Bez, peut coïncider assez fréquemment avec la dothiénentérie ; son éruption propre

diffère trop de l'exanthème scarlatiniforme pour embarrasser le diagnostic ; mais le rash scarlatiniforme, qui est sous sa dépendance, peut donner lieu à quelque hésitation.

Les mêmes remarques s'appliquent à la vaccine, et l'on a publié des observations de vaccines avec rash scarlatiniforme.

L'érythème scarlatiniforme idiopathique peut donner lieu à de grandes difficultés, car l'un de ses accès peut coïncider avec la fièvre typhoïde. Cette coïncidence a été signalée dans l'observation rapportée par MM. Siredey et Féréol (*Union Médicale* du 9 mars 1876). Le diagnostic ne put être porté d'une façon certaine que plus tard, le même malade ayant présenté, sous les yeux de M. Féréol, plusieurs récidives de son affection (obs. VI).

Enfin la *roséole* ou *rubéole* peut se voir dans la fièvre typhoïde, quoiqu'on ne l'ait pas signalée encore, croyons-nous. C'est une éruption généralisée, se caractérisant surtout par le polymorphisme des éléments qui la forment, ressemblant en certains endroits de la rougeole, en d'autres à de la scarlatine. Elle a une durée très courte, un ou deux jours environ.

Traitement

Nous avons vu qu'une des théories pathogéniques explique l'exanthème scarlatiniforme par une infection secondaire. On devra donc prévenir cette complication, en instituant un traitement prophylactique ; et pour cela on fera l'asepsie des différentes cavités naturelles, bouche, nez, oreille, par lesquelles peuvent pénétrer les germes. On empêchera également par cette asepsie, les infections qui se produisent à la suite des fermentations buccales et nasales. Pour cela on pratiquera des lavages avec des solutions boriquées, phéniquées ; on touchera les ulcérations buccales, si elles existent, avec de l'acide lactique en solution faible, comme le préconise M. le Professeur Hutinel.

Lorsque l'exanthème scarlatiniforme est apparu, il faut supprimer tous les médicaments érythrogènes, les antiseptiques internes, sulfate de quinine, antipyrine. On gardera les toniques, extrait de quinquina, café, caféïne. Le champagne, le cognac sont indiqués dans

les formes adynamiques ; on en usera très prudemment, car l'albuminurie est la règle. Contre les vomissements, glace, cocaïne à faible dose. Contre la diarrhée, on administrera le sous-nitrate de bismuth, le laudanum.

On ne permettra pas d'autre régime que le régime lacté intégral.

Observations

OBSERVATION I

(Dr Le Gendre, Société Médicale des Hôpitaux, 17 novembre 1893). — Fièvre typhoïde en pleine convalescence. — Eruption scarlatiniforme. — Desquamation. — Hypothermie. — Accidents méningitiques. — Mort.

Pr..., vingt-cinq ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais, n° 19, le 4 août 1893.

Dès son entrée, nous constatons tous les signes d'une fièvre typhoïde dont le début remonte à huit jonrs environ.

Céphalée, langue sèche, blanche au centre, et rouge sur les bords, stupeur accusée, facies légèrement rosé, yeux excavés, ventre un peu ballonné, gargouillement iliaque, diarrhée jaune, quelques *taches rosées lenticulaires* disparaissant à la pression. Dans les deux poumons, signes de bronchite diffuse. Pouls à 100. Légères traces d'albuminurie. Température 39°5.

Le traitement habituel est institué. Tous les jours on administre 2 gr. de benzo-naphtol et un lavement froid matin et soir. Diéte lactée, eau rougie, Pas de sulfate de quinine.

La maladie s'annonçait comme devant être bénigne et elle le fut effectivement. Il ne fut à aucun moment nécessaire de baigner le malade. La température commence à baisser régulièrement à partir du 11e jour de la maladie et le 22e jour, elle était aux environs de 37 degrés.

Le 25e jour sans raison apparente, le thermomètre remonte à 37°8, mais dès le lendemain recommence à baisser.

A ce moment, l'état du malade est très satisfaisant. Tous les symptômes morbides semblent avoir diminué sauf qu'il y a depuis deux ou trois jours une constipation assez opiniâtre, à laquelle il faut peut-être attribuer la légère élévation thermique que nous venons de signaler. En outre, bien qu'elle ne soit plus sèche, la langue reste sale.

Le 2 septembre, (29e jour de la maladie), nous voyons apparaître sur le front quelques petites *taches papuleuses* rouge vif, ayant 3 à 4 millimètres de diamètre, et nullement prurigineuses, ainsi qu'au menton et au cou. L'état général ne semble pas en être impressionné ; les mêmes taches apparaissent les jours suivants, du 4 septembre au 7, sur différentes régions symétriques du corps : coude, genou, face dorsale du poignet, dos de la main ; les taches se réunissant dans les régions atteintes forment de grands placards *scarlatiniformes* rouge vineux à bords irréguliers.

Nulle part on ne note d'éruption bulleuse. Le 7

et 8 septembre, la desquamation commence à apparaître à la face ; elle se fait par petits lambeaux moins grands que ceux de la scarlatine, mais ne rappelant point la desquamation purpuracée de la rougeole.

Le 9 et 10 septembre, la desquamation commence sur les points du corps ou des membres où l'on a noté une éruption. La généralisation ne s'est pas faite. Les sourcils et les cheveux s'arrachent aisément.

Il n'y a pas de fièvre, mais *l'état général* s'est gravement modifié. Depuis le début de l'éruption, le malade ne mange plus et il a maigri dans l'espace de quelques jours dans des proportions exceptionnelles, au point d'avoir un *aspect presque squelettique*.

Il est indifférent à tout et ne sort de sa *torpeur* que lorsqu'on l'examine.

Toutes les nuits il a un léger *subdélire*.

Mais ce délire devient continu à partir du 11 septembre.

Ce jour-là nous trouvons le malade étendu dans le *décubitus latéral*. La tête est inclinée sur la poitrine et cachée en partie sous l'oreiller. Les yeux sont clos, et si on les ouvre, le regard est hagard. Le malade répond à peine à nos excitations. Nous ne pouvons arriver à lui faire tirer la langue. Il marmotte des mots incompréhensibles.

12 septembre. — La nuit a été mauvaise. Le malade n'a cessé de délirer. A plusieurs reprises, il a tenté, mais faiblement, de se lever. Il avait de *l'incontinence d'urine* et des *matières fécales*. La température matinale est de 35°, le pouls est à 54.

Le soir, le thermomètre remonte à 37° et l'atti

tude du malade change. Il repose sur le dos et ne fait aucun mouvement.

Les pupilles sont inégales et nous notons de la *raideur de la nuque*. Notre malade fait de la méningite.

13 septembre. — Les vomissements apparaissent faciles et semblables à des régurgitations. Le malade ne garde aucun aliment ; la maigreur est extrême. Il y a toujours incontinence d'urine. L'urine contient de l'albumine. La température vespérale est de 38 degrés. Pouls, 60.

14 septembre. — Nouvelle chute thermique matinale à 35 degrés. Le malade est presque entièrement comateux. Les vomissements et la raideur de la nuque persistent. Il y a quelques mouvements inconscients des doigts.

15 septembre. — *Coma absolu*. Respiration stertoreuse. Raie méningitique très nette. Râles de congestion hypostatique aux deux bases.

La mort arrive le 16 au matin, sans crise épileptiforme, et sans que le malade soit sorti un seul instant de son coma.

Depuis le jour où les signes de méningite ont apparu, la desquamation avait cessé de se faire et l'éruption ne s'est plus étendue.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Dr Le Gendre à la Société Médicale des Hôpitaux, dans la séance du 24 mars 1892).

Erythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. — Mort. — Tuberculose pulmonaire peu avancée. — Abcès du poumon, — Ulcérations intestinales typiques imparfaitement cicatrisées 102 jours après la fièvre typhoïde. — Colibacille dans les squames du thorax.

G. H..., vingt ans, charron, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 décembre 1892.

Il n'a aucun antécédent morbide personnel ni héréditaire.

Le jour de son entrée à l'hôpital, il est au 11e jour d'une fièvre typhoïde sans complications. Le 17e jour il atteint sa plus haute température 39°8. Jusqu'au 30e jour, le thermomètre oscille entre 38 et 39° et du 31e au 35e jour entre 38°5 et 37°5. Cette dernière température à partir du 37e jour n'est plus dépassée.

L'apyrexie dure jusqu'au 42e jour. Ce jour-là, sans aucune cause apparente, le thermomètre monte brusquement à 39°6. Pendant deux jours, la tempéra-

ture reste au-dessus de 35° et redescend ensuite progressivement, oscillant entre 38°5 et 37°5, et cela jusqu'au 57e jour de la maladie. Ces quelques élévations thermiques sont mises sur le compte des premières tentativees d'alimentation, quoique très prudemment conduites.

Le 28 janvier, la température que l'on prend toutes les trois heures et qui était le matin de 36°5, se met à monter progressivement ; le 29 au soir, elle est de 38°5. Le 30 janvier au matin (59e jour), elle est à 39° et le 31 à 39°4. On donne 1 gramme de sulfate de quinine, et le *1er février*, la température tombe à 38 degrés. Mais le même jour, commence à apparaître une éruption sous forme de petites taches arrondies assez confluentes sur la face, puis sur les bras et successivement sur les membres inférieurs et enfin le ventre. Le dos n'est envahi que quatre jours après le début. Les taches sont à peine surelevées, d'un rouge vif, arrondies ou oblongues, quelques-unes entourées d'un petit cercle blanchâtre. Elles ont un diamètre de 0,002 millimètres environ. Mais de nouveaux éléments éruptifs apparaissent bientôt, et les premiers s'agrandissent peu à peu, la fusion se fait en plusieurs points où l'on voit alors de larges placards d'un rouge vif à bors irréguliers. Ceux-ci se réunissent à leur tour et il n'y a bientôt plus aucune espèce de peau saiue à la face, sur les cuisses et dans le dos. *L'éruption ainsi constituée rappelle à s'y méprendre, l'éruption de la scarlatine,* mais il n'y a aucune trace d'angine, et dans la salle il n'y a aucun malade atteint de scarlatine.

L'éruption a mis sept jours pour en arriver à ce point de confluence et de généralisation. La tempéra-

ture moyenne pendant ce septenaire est de 38 degrés sauf cependant une chute tout à- fait passagère du thermomètre à 36°5, le 5 février.

Le 7 février (67e jour de la maladie), la température est encore à 38 degrés, et la desquamation commence à apparaître à la face. Les plaques perdent leur coloration rouge vif, deviennent un peu violacées, et la desquamation se fait, tant à la face qu'aux membres, sous formes de larges écailles absolument analogues à celles de la scarlatine. Les squames sont particulièrement épaisses à la face palmaire des mains. Dans cette région des mains, il y au niveau des plis de flexion quelques fissures assez superficielles sans doute, mais assez douloureuses pour rendre impossible l'extension complète de la main. Bien qu'il n'y ait pas eu d'angine au début, la muqueuse buccale est devenue peu à peu d'un rouge vif et bientôt elle participe à la desquamation, la langue est tout entière dépouillée et vernissée, ainsi que la face interne des joues.

Il n'y a pas de troubles du tube digestif, à part une légère dysphagie. L'état général ne semble pas influencé par le processus cutané. Le malade ne se plaint que de la sécheresse de la gorge.

Les urines sont troubles et légèrement albumineuses.

Le 10 février, la température atteint 39°4. Cette élévation thermique coïncide avec une nouvelle éruption localisée au scrotum et au prépuce jusque là respectés. On voit sur la verge quatre taches papuleuses très nettes et absolument analogues à celles qui se

sont montrées en d'autres points du tégument au moment du début de l'éruption.

Le température tombe au-dessous de 39° le lendemain matin et ne dépasse pas ce chiffre jusqu'au 14. Ce jour là, elle atteint 39°5 sans cause apparente. On ne découvre aucune nouvelle éruption. D'ailleurs tout le tégument a déjà été envahi. La coloration rouge de la face est très atténuée, la desquamation y est très active. Il en est de même aux cuisses et au dos. Les mains sont de plus en plus crevassées. *Les ongles secs et cassants semblent devoir tomber : ils sont creusés sur leur bord adhérent à la matrice d'un profond sillon* ; il est néanmoins impossible de les détacher et même de les mobiliser.

L'état général est satisfaisant. Ajoutons même que depuis l'apparition de l'érythème on a supprimé toute médication de manière à écarter la possibilité d'influence médicamenteuse sur la marche du processus cutané : urines rares et toujours un peu albumineuses.

16 février. — La température monte progressivement et atteint 40°5. La desquamation se continue toujours plus abondante. Sur tout le corps, il y a encore une légère teinte rouge. Mais la face a un aspect granité tout particulier ; la langue est toujours d'un rouge vernissé très prononcé et la sécheresse de la bouche fatigue beaucoup le malade. Il se plaint également beaucoup d'une blépharite double. *Les cils de la paupière inférieure sont tombés en grande partie* et ceux qui restent se détachent à la moindre traction. Du bord libre des paupières, s'écoule une sérosité louche. Pas de conjonctivite.

En outre, le malade s'est mis à tousser : il y a de gros râles de congestion dans toute la hauteur du poumon droit. Application de ventouses. On fait enduire le corps de vaseline, tant pour protéger contre le contact de l'air le tégument aminci et fort sensible au froid, que pour empêcher la diffusion des squames. Avant cet enveloppement, on a prélevé avec les précautions d'usage, pour les ensemencer, des squames de la partie supérieure de la poitrine, au voisinage de l'aisselle.

La diarrhée est depuis longtemps arrêtée.

17 février (77e jour). Par une brusque descente, aussi inexpliquée que les précédentes ascensions, la température redevient normale (37°5).

Du 18 au 22 février, la température monte progressivement de 0°,5 par vingt-quatre heures avec légère rémission matinale, et le 21 au soir le thermomètre est à 40 degrés. La congestion pulmonaire est intense, le malade tousse beaucoup et son expectoration est spumeuse, abondante ; il est dyspnéïque. On entend quelques frottements pleuraux aux deux bases. L'état général devient moins bon ; le malade vomit quelquefois.

La desquamation se continue activement et les squames qui tombent sont remplacées par d'autres de nouvelle formation, beaucoup plus minces et moins larges, mais d'une extrême abondance. L'amaigrissement peu marqué jusqu'alors est très notable. Les paupières sont tuméfiées, et la sérosité qui s'en écoule est de plus en plus abondante.

Le 22 février, la température baisse brusquement de 2°,4. Les signes stéthoscopiques semblent s'a-

mender. Cependant l'état général est loin de s'améliorer. Outre la chute des cils, il faut signaler que les *sourcils et les cheveux tombent à la plus légère traction*. Le cuir chevelu en desquamation est recouvert d'une grande épaisseur de débris épithéliaux.

Le 27 février, la température n'a pas dépassé 39 degrés. Depuis l'enveloppement ouaté, l'exfoliation a notablement diminué. Il y a des râles humides aux deux temps, disséminés dans les deux poumons, avec prédominance à la base droite, où l'on note un peu de submatité. En ce même point, on constate encore des frottements et des sibilances. L'expectoration n'a rien de nummulaire, mais elle est toujours abondante, et l'examen micrographique y révèle la présence d'une grande quantité de bacilles tuberculeux. L'amaigrissement s'accentue.

Le 1er mars, la température est de 39 degrés le matin, et le soir de 39°,6. Les signes pulmonaires sont les mêmes. La dyspnée est un peu plus accentuée.

9 mars. — Ces derniers jours, la température a évolué entre 38 et 39 degrés. La maigreur est très accusée, l'auscultation pénible, l'adynamie considérable. Rougeur en plaques au sacrum et à la malléole des deux côtés; quelques vomissements. Les lésions pulmonaires semblent se localiser de plus en plus aux deux bases et principalement à droite, où l'on constate en outre des sibilances et râles humides habituels, un souffle cavitaire aux deux temps.

11 mars. — Cachexie et faiblesse extrêmes.

Signes stéthoscopiques douteux et d'induration des sommets.

Par contre au lobe inférieur droit, matité accen-

tuée, souffle caverneux et gargouillement. Le tout entouré de craquements. Le pouls jusqu'ici plein et régulier, devient fréquent, petit, inégal, 120 pulsations. La langue se sèche, les dents sont fuligineuses, l'anorexie absolue, les vomissements presque continuels, et la diarrhée a reparu hier. Pas d'escarres, délire nocturne. Sueurs abondantes. Le malade meurt le 14 juin (102 jours après le début de la fièvre typhoïde.

Autopsie. — Pratiquée le 16.

Cadavre émacié. Les cheveux tombent à la moindre traction, et sont d'ailleurs en grande partie déjà tombés. Les sourcils sont très raréfiés. Les cils ont complètement disparu. Les ongles sont tout prêts à se détacher, leur bord d'implantation est séparé de la matrice par un espace de trois millimètres et on les arrache sans peine. Dans la cavité pleurale droite, il y a environ un demi-litre de liquide jaunâtre séro-purulent cloisonné par des fausses membranes. Dans le poumon gauche, quelques tubercules à la base et nullement caséeux. Quelques très rares tubercules crus au sommet gauche.

Le sommet du poumon droit est à peu près intact, seul quelques très rares tubercules. De même dans le lobe moyen.

Les altérations siègent surtout sur le lobe inférieur. Celui-ci n'est pas élastique et ne crépite pas. Il est rétracté ; vers son bord postérieur, on trouve deux petites cavernes déchiquetées et du volume d'une noisette. Elles contiennent de la matière caséeuse. En plein lobe on trouve un abcès gros comme une mandarine rempli de pus phlegmoneux, grisâtre, bien

lié et fétide. Les parois sont légèrement irrégulières et tapissées d'une sorte de membrane pyogénique grisâtre. Au voisinage de cet abcès une zone de tubercules caséifiés. On ne trouve pas de grosse bronche s'ouvrant dans la poche purulente.

Cœur normal. Pas de péricardite.

Les reins sont un peu congestionnés.

Le foie, un peu gros, mou et friable, ne présente pas d'autres altérations macroscopiques. La rate, d'un volume normal, est molle et diffluente.

On examine l'intestin dans toute son étendue. A la fin de l'iléon, on trouve trois petites ulcérations arrondies, encore incomplètement réparées, au voisinage de la valvule de Bauhin. Dans cette même région, on trouve d'autres vestiges d'ulcérations déjà cicatrisées.

Le cerveau est d'aspect normal.

OBSERVATION III

(Dr Legendre. — Communiquée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 17 novembre 1893. — Erythème polymorphe suivi de desquamation scarlatiniforme à la fin d'une fièvre typhoïde légère. Albuminurie. Accidents convulsifs. Mort.

Dard..., dix-sept ans, garçon de lavoir, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais, n° 4, le 2 juillet 1893.

Depuis huit jours, il souffre de céphalée et de courbature, n'a aucun appétit et ne peut dormir. Depuis le premier jour, il a de la diarrhée et se souvient qu'elle était atrocement fétide. Sur sa chemise, on en voit encore la trace : elle est jaune d'ocre ; d'ailleurs, depuis huit jours, cette diarrhée a cessé. Il avait, au début des douleurs abdominales, surtout localisées à la fosse iliaque droite. Il n'a pas eu d'épitaxis.

Rien à signaler dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, à part une rougeole grave à l'âge de onze ans. Il habite Paris depuis onze mois et s'est, depuis son arrivée, fortement surmené, outre qu'il a pris des habitudes d'intempérance.

Le jour de son entrée, son état est le suivant :

Facies légèrement rouge et vulueux, yeux injectés, torpeur presque complète, surdité marquée, bourdonnements dans les oreilles, vertiges qui s'accentuent lorsqu'il se dresse sur son séant. La langue est sèche, blanche au centre, rouge à la périphérie. Elle est en outre effilée et légèrement trémulente. Rougeur du pharynx avec léger exudat sur l'amygdale gauche. La céphalée est intense. L'anorexie absolue. Douleur dans la fosse iliaque droite, mais pas de gargouillement. Le ventre est légèrement ballonné. Deux *taches rosées lenticulaires* et disparaissant à la pression, à droite de la ligne médiane. Quelques boutons d'acné sur le front et trace de phtiriase dans le dos.

Râles sibilants et ronflants dans la moitié inférieure du poumon droit et tout le poumon gauche. Pas de dyspnée cependant.

Au cœur tachycardie et bruit de galop à la pointe. La rate ne semble pas augmentée de volume.

Le foie est normal. Les urines sont rares, rouges et sédimenteuses ; l'acide nitrique et la chaleur y révèlent de l'albumine. La céphalée est toujours violente et c'est avec la soif la seule chose dont le malade se plaigne. Température 39°5.

Nous portons le diagnostic de fièvre typhoïde au neuvième jour environ et le traitement suivant est institué : Purgatif salin le 1ᵉʳ jour. Benzonaphtol : 2 grammes par jour, lavenents boriqués, matin et soir, diète lactée. Bains froids toutes les fois que la température après avoir atteint une première fois 40 degrés, dépasse 39 degrés. Les bains sont donnés à 30° et durent un quart d'heure.

Le malade n'a pris que cinq bains : deux le 4 juillet avec un abaissement moyen de 1 degré, deux autres le 5, avec un abaissement moyen de 1°5, un dernier bain le 6, c'est-à-dire le douzième jour de sa maladie, avec une chûte thermique de 1°4. A partir de ce jour, la température décroit progressivement et est à 38 degrés le soir des 8 et 9 juillet, c'est-à-dire le quatorzième et le quinzième jour de la maladie.

Le 10 et le 11 juillet, seizième et dix-septième jour, elle continue à décroître, et à partir du 12, elle oscille autour de 37 degrés, et cela jusqu'au vingt-deuxième jour de la maladie, le 16 juillet. A part les bains qui avaient été supprimés, le traitement avait été le même que précédemment. Le 10, on avait appliqué une très légère couche de turbith minéral sur l'acné du front.

Aucune complication n'était donc survenue depuis l'entrée de notre malade.

Ce jour là (22e de la maladie), la température qu'on n'avait cessé de prendre toutes les trois heures, et qui était le matin de 36°8, se met à monter progressivement et atteint le soir 39°5. Aucune complication viscérale ne peut expliquer cette élévation subite du thermomètre. Mais le même jour commence à apparaître une *éruption* sous forme d'érythème, d'abord papuleux, puis polymorphe, à petites taches arrondies et assez confluentes sur les poignets et aux aines. La distribution en est absolument symétrique. Les taches sont surélevées, d'une teinte rouge vif, arrondies ou oblongues, quelques-unes entourées d'un petit cercle blanchâtre. Leur diamètre est de 2 à 3 millimètres.

Le lendemain (23e jour), l'éruption se fait symétriquement, à la partie supérieure et externe des cuisses et au scrotum, en même temps qu'elle commence à apparaître sur la face dorsale de la main et des pieds.

Le même jour, *vomissements et douleurs dans les jambes*, tant spontanées que provoquées par la pression des masses musculaires de la cuisse et du mollet.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 degrés et 37°5 mais de nouveaux éléments éruptifs apparaissent d'abord sur les jambes, puis aux deux genoux (côté de l'extension) et enfin dans le dos et sur la verge. Les premiers éléments s'agrandissant peu à peu, la fusion se fait en plusieurs points, pour constituer de larges placards rouge-vif à contours

irréguliers, *d'aspect absolument scarlatiniforme.*

A la paume des mains et à la plante des pieds commencent à apparaître des taches ecchymotiques de 4 à 5 millimètres de diamètre, avec tendance au soulèvement épidermique.

Nous notons en même temps sur la face dorsale de la main et externe du poignet, l'apparition de petites *bulles à contenu séreux.* Des bulles absolument semblables se montrent le 21 juillet (27e jour) à la face antéro-interne de la racine des cuisses, sur la verge, surtout au niveau du prépuce et sur le scrotum. Escharre légère aux deux talons.

22 juillet. Même éruption bulleuse à signaler dans la région axillaire gauche.

Sur les autres points du tégument, siège de l'éruption primitive, commence *une desquamation à grands lambeaux* et rappelant à s'y méprendre celle de la scarlatine.

Chute spontanée des poils des jambes. — Les poils des sourcils et les cheveux s'arrachent avec une extrême facilité.

D'ailleurs les régions du tégument toujours respectés ont été envahies successivement, et, le 24 juillet, l'éruption est absolument généralisée, sauf au cuir chevelu. L'abdomen avait été pris le dernier.

Les bulles signalées plus haut ont considérablement augmenté de volume et de nombre, aux mains, et surtout à la droite, qui est très sensiblement plus grosse que la gauche. Sur cette main droite, à la face dorsale, certaines des bulles ont atteint le volume d'une petite noisette, d'autres celui d'un pois. On commence à en apercevoir à l'état naissant sur toute

la face antérieure de l'avant bras droit et dans l'aisselle droite. Ces bulles sont très prurigineuses ; le malade en se grattant en a même rompu une qui a laissé à nu un derme rouge vif.

Le gland est enflammé et tout le prépuce est rouge et infiltré.

Le 25 juillet, le cuir chevelu jusque là respecté est enfin atteint. Mais les bulles sont devenues confluentes, leur contenu s'est troublé et on a partout où elles siégeaient l'aspect de grandes phlyctènes. L'épiderme à ce niveau est presque grisâtre et sphacélique.

Celles de l'aisselle ont un aspect sanguinolent : elles se dessèchent.

28 juillet. Même aspect phlycténoïde dans tous les plis de flexion et à l'ombilic.

Entre temps, *l'état général* est devenu des plus mauvais. Le malade *vomit* presque tous les aliments qu'il ingère. Il est dans un état de *cachexie* marquée. Sa langue et ses lèvres sont sèches et fuligineuses. La nuit *subdélire* : le jour *somnolence*. Deux eschares commencent à se former au niveau des fesses.

Le 26 juillet (32e jour), vomissements continuels, malgré le soin que l'on a de ne donner que des boissons glacées.

27 juillet. — Les vomissements incoërcibles persistent. Le malade a dans la journée, à trois reprises différentes, une attaque *convulsive* épileptiforme, avec cyanose.

28 juillet (34e jour). Demi coma, interrompu toutes les trois ou quatre heures par un violent accès d'étouffement qui dure quelques secondes.

Les yeux sont fixes et convulsés en haut. La

langue est sèche et fuligineuse, immobilisée dans la bouche entr'ouverte, d'où sort une salive mousseuse. Impossibilité d'obtenir du malade aucune réponse. Il éléve et abaisse alternativement les bras. La respiration est stertoreuse. Dans la soirée, carphologie.

Il meurt à 9 heures du soir. La température a atteint 39 degrés.

Depuis l'apparition de l'érythème, le traitement avait consisté daus les toniques, des lavements de peptone, des injections d'éther et de caféine. En outre, onctions de vaseline boriquée, et enveloppement d'ouate aseptique.

La famille ayant mis opposition à l'autopsie, l'examen nécropsique n'a pu être fait.

OBSERVATION IV

(Thèse de Chedevergne. Paris, 1864).

Roussel, clerc d'huissier, 30 ans, entré le 26 juillet 1863, à la Maison municipale de santé, au troisième étage, chambre n° 6, lit n° 1.

Malade depuis huit jours, céphalalgie, insomnie, angine, diarrhée, uue tache rosée lenticulaire sur le ventre; pouls petit à 100; peau chaude. — Gargarisme, bouillon, limonade.

Le 27. — Teinte rouge de la face et du tronc, particulièrement de la partie antérieure de la poitrine, ce qui fait supposer que c'est une scarlatine et non une fièvre typhoïde, comme je l'ai pensé hier soir, d'autant

plus que la tache que j'ai rencontrée hier soir n'est plus visible. Le malade qui est dans une chambre à trois lits, est placé immédiatement dans une chambre à un lit pour éviter la contagion aux voisins Les sueurs sont abondantes, pouls petit. Il y a eu un épitaxis cette nuit. Toniques.

Les jours suivants, la coloration persiste comme la fièvre : les taches rosées deviennent indubitables ; des râles muqueux sont entendus dans la poitrine, et le malade rend, en crachant du sang noir accumulé dans l'arrière-gorge et mêlé de mucosités. Il n'y a plus doute sur l'existence d'une dothiénentérie. Il rentre dans la chambre n° 6 (chambre commune) le 31 juillet.

2 août. — Les sueurs et l'expectoration sont très considérables, l'amaigrissement marche vite. — On donne 1 degré au malade et des toniques pour l'aider à supporter des déperditions énormes.

Le 7. — Toujours expectoration sanguinolente ; coloration rouge de la face et des téguments de la poitrine ; transpiration, fièvre brûlante, pouls à 110°. — 1 degré.

Le 3. — Epistaxis (1 quart de verre) ; toujours rougeur de la peau, qui est chaude et humide ; sudamina nombreux succédant à une éruption de miliaire ; les taches rosées durent encore ; un peu de diarrhée ; 3 ou quatre selles par jour ; râles muqueux partout, excepté aux sommets ; langue humide, rouge et desquamée ; quelques bourdonnements d'oreille ; pas de céphalalgie ; pouls à 100 ; amaigrissement rapide.

Le 10, au soir. Epitaxis, rougeur ; gros rales muqueux dans presque toute l'étendue des poumons ;

35 respirations ; pouls à 100 : crachats sanglants.

Le 11, le malade est levé ; il peut à peine se tenir sur les jambes, et il est très maigre ; il continue à cracher du sang noir ; ce sang provient de l'arrière cavité des fosses nasales ; pouls à 130.

Le soir, il est assis sur son lit, suant et rouge ; pouls fréquent, petit et roide ; épistaxis, sudamina sur le ventre et la poitrine ; respiration rapide (40) ; toujours des râles. Demain, 2 degrés ; on continuera le vin et le quinquina.

Le 20, la fièvre est tombée : à peine quelques râles encore ; pas de sueur, mais la peau est toujours rouge. Eau vineuse, bordeaux, extrait de quinquina, 3 degrés.

Le 23, ni toux, ni expectoration rien dans la poitrine ; pas de diarrhée, pas de fièvre, guérison, 4 degrés.

Le 25, Le malade s'en va à la campagne ; il commence à reprendre un peu, mais sa maigreur est très remarquable.

OBSERVATION V

(Thèse de Chédevergne)

Q... Rodolphe, 58 ans, garçon de café, entre le 28 octobre 1863. Bien constitué, châtain. Malade depuis huit jours ; se plaint de courbature et de douleurs dans les jambes, perte d'appétit. On lui a donné de la rhubarbe. Je le vois à son arrivée, debout, mar-

chant assez facilement, pourtant il trouve ses membres inférieurs faibles mais il n'a ni céphalalgie, ni étourdissements.

Pas d'épistaxis, il ne me semble pas avoir de fièvre tout d'abord, mais je le fais mettre au lit, et trois ou quatre heures après, au moment de la visite du soir, il a la peau très chaude et très colorée, la figure rouge, le pouls à 100 ; il est très assoupi. Tilleul, bouillon.

Le 13 ; il s'est beaucoup remué dans son lit, cette nuit, sans délire, ni réveasseries pourtant ; sueurs abondantes : soif vive ; ce matin, il sue encore au moment de la visite ; il a toute la surface du corps et particulièrement la face, les mains et les avant-bras, rouges comme dans la scarlatine.

Cependant, il faut remarquer que cette coloration est rouge vif, au lieu d'être cramoisie ; elle varie de teinte plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; elle est toujours très remarquable, au point de rendre indécis sur le diagnostic ; mais elle augmente avec la transpiration, ou plutôt la transpiration augmente avec elle ; les amygdales, le voile du palais et le pharynx sont très injectés et parsemés de parcelles blanchâtres ; la langue est rouge, sans enduit humide ; mais il existe sur le ventre qui est un peu douloureux, quatre taches rosées lenticulaires ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il n'avait pas été à la selle depuis son entrée ; ce matin on lui a donné un lavement simple, et il a rendu immédiatement une quantité notable de matières jaunâtres mi parties solides, mi-partie liquides. Il n'a rien dans la poitrine, le murmure vésiculaire est pur : pouls assez large,

ondulent et peu résistant à 85. Tilleul, lavement émolient, bouillon.

Le 14, même coloration rouge, sueurs ; pouls à 100 assez plein.

Le 15, toujours rouge ; transpiration continuelle, mais non exagérée ; pouls moyen à 104 ; rien dans la poitrine ; pas de diarrhée ; toujours des taches rosées

Les 16 et 17, rougeur, moiteur ; ni délire, ni diarrhée ; ne va qu'avec les lavements ; langue rosée, pouls à 96.

Le 18, teinte rutilante de la peau, mais pas de sueurs, ni cette nuit, ni ce matin, seulement un peu de moiteur ; va bien ; dort la nuit, n'a ni céphalalgie, ni étourdissements ; la langue et la gorge sont encore rouges, sans enduits ; pas la moindre épistaxis. Un peu de gêne à l'épigastre ; et vers la région précordiale on ne trouve rien. Le ventre est à peine douloureux ; gargouillement dans les deux fosses iliaques ; cependant pas de diarrhée ; les taches disparaissent, l'appétit ne revient pas ; poule à 84, un peu faible.

Le 19 et 20, rougeur, moins de gêne précordiale, pouls plus fort.

Le 21, rougeur et sueur ; oppression, mais rien à l'auscultation. Diarrhée depuis deux jours, deux ou trois fois chaque jour.

Le 22 et 23 ; va bien, la coloration diminue, le malade maigrit peu ; pouls à 75. — Un œuf.

Le lendemain, un degré. La rougeur disparait et le malade sort en bon état le 30 octobre.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. Siredey à M. Besnier)

Chez un malade entré au huitième ou dizième jour d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique avec congestion intense du côté droit, vers le quinzième jour, survient un *érythème scarlatiniforme*, qui après avoir débuté sur la joue droite, envahit rapidement la face, le cou et occupe dès le lendemain toute la surface du corps. Presque aussitôt au niveau des aines, en dehors des cuisses et sur le dos, l'épiderme fut soulevé par une couche de sérosité. M. Guyot, consulté par M. Siredey, rejeta comme lui l'idée d'une scarlatine. La desquamation qui se fit par larges plaques offrit ce caractère particulier d'être effectuée déjà aux mains et aux pieds quand elle ne faisait que commencer à la face et aux membres. Jamais il n'y eut d'albumine dans les urines.

M. Féréol a pu continuer l'histoire du même malade devant la société médicale des hôpitaux (*Union médicale* du 9 mars 1876). Il s'agissait de la 8e et 9e atteinte de la même affection.

Trois de ces récidives ont eu lieu dans le seul mois d'octobre 1875. Dans la poussée qui s'est opérée sous les yeux de M. Féréol, le début s'est fait par un prurit généralisé intense, puis la peau devint rouge par places, sans papules, ni vésicules, ni suintement. Pendant les quatre ou dix premiers jours, il y eut de

la fièvre, une desquamation de la langue, de la toux, de l'enrouement, du larmoiement, de la tuméfaction des paupières, du mal de gorge. Il se fit sur tout le corps une desquamation très abondante purpuracée sur le tronc et les membres, très fine et peu abondante à la figure, lamelleuse aux mains et aux pieds, où l'épiderme s'enlevait par plaques épaisses et larges, formant de véritables doigts de gant. Cette desquamation dura une quinzaine de jours et commença par le corps, se terminant par les extrémités. Bien que le malade eut de la fièvre, la température et le pouls n'était pas en accord avec l'hypothèse d'une scarlatine aussi intense. L'état général était excellent, pas de mal de tête, ni de malaise, rien de cette angoisse qui accompagne presque toujours la scarlatine des adultes. La rougeur ne présenta point le piqueté granitique de la scarlatine ; c'était une rougeur diffuse, d'une teinte égale et comme lavée, en outre elle n'était point absolument continue. La desquamation ne s'est produite à chaque place qu'une seule fois.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Bricheteau, Union médicale 1864, p. 82, n° du 14 avril)

Un jeune homme de 19 ans, n'ayant jamais contracté de fièvres éruptives, à Paris depuis cinq mois seulement, entre à l'hôpital Necker, au 5e jour d'une fièvre typhoïde assez bénigne, qui suit une mar-

che régulière sans aucune complication, et dont la durée est de vingt-quatre jours.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le malade présente sur toute la partie supérieure du tronc *un exanthème scarlatiniforme très intense*, sans aucun phénomène général. Cette éruption disparait au bout de trois jours. On craint une variole, le malade n'ayant pas été vacciné, et ayant pour voisin de lit un homme atteint de variole confluente. Le malade est vacciné ; l'inoculation ne réussit pas : recommencée sept jours après, la vaccination réussit complètement.

L'éruption scarlatineuse s'est comportée de la façon suivante : Elle existait sur le tronc, en avant et en arrière, sur le thorax, l'abdomen, et à la partie supérieure des bras. Cette rougeur était généralisée, diffuse, très intense, de couleur framboisée, pointillée, rappelant tout à fait l'éruption scarlatiniforme, disparaissant par la pression. Point de sudemina. Point de mal de gorge L'état général du malade était le même. Pas d'augmentation de la fièvre. Pouls 104°. Pas de douleurs lombaires. Pas de vomissements. Le 2e jour de l'éruption, l'aspect était le même : elle resta limitée à la partie supérieure du corps et n'envahit pas le visage. Même état général. Pouls 104. Prostration et stupeur, diarrhée modérée.

Le 3e jour de son apparition, l'éruption disparut complètement ; il ne resta plus qu'une teinte de la peau plus foncée à la partie supérieure du corps qu'à la partie inférieure. On aperçut alors de nombreuses taches typhoïdes disséminées sur le ventre, le thorax, la partie supérieure des cuisses. Aucune desquamation les jours suivants.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(Thèse de Gillet, 1896)

B... 29 ans, domestique. Entrée à l'hôpital le 15 mai 1895.

Antécédents syphilitiques. — Fièvre typhoïde grave avec température à 40°, pouls 108, délire ataxo-adynamique furieux le 25 mai.

Le 27 mai, aucun changement dans l'état général mais on remarque une *éruption scarlatiniforme* aux bras, aux avant-bras ; sur le devant de la poitrine, le dos, les fesses. Rien aux aisselles, ni à l'aine. C'est donc le dix-huitième jour qu'est apparu cet érythème. Température aux environs de 38°, langue sèche.

Il persiste jusqu'à la mort, qui survient le 29 mai, 2 jours après l'apparition de l'exanthème.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Idem, Ibidem)

D..., 13 ans. Entrée le 14 juin 1895. Malade depuis huit jours. Pas d'antécédents héréditaires spéciaux. A son entrée, température 40°5. Prostration assez accentuée, gargouillement dans la fosse iliaque

droite, douleur dans le flanc gauche, diarrhée, grosse râle, quelques râles sibilants aux deux bases, albuminurie.

Etat stationnaire les jours suivants jusqu'au 20 juin où la température s'élève à 40°5.

21 juin. — On constate l'existence d'un *exanthème scarlatiniforme* aux membres supérieurs et aux fesses. Agitation, puis coma, et la malade meurt le soir même, à 11 heures, le jour même par conséquent de l'apparition de l'exanthème, le 15e jour après le début de la maladie.

L'ensemencement du sang donne une culture pure de staphylocoque.

OBSERVATION X (Résumée)

(Remlinger, Revue de Médecine, février 1900).

Fièvre typhoïde grave (forme ataxo-adynamique). — Eruption scarlatiniforme et purpura depuis l'entrée à l'hôpital au quinzième jour jusqu'au décès (vingt-septième jour).

B... Pierre, soldat au 98e régiment d'infanterie, entre au Belvédère, le 4 juillet 1895, dans un état très grave, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique.

Le jour même de l'entrée on constate sur le thorax et l'abdomen une éruption d'un rouge framboise

très intense, masquant absolument les taches rosées. Le malade ne peut fournir aucun renseignement sur la date de son apparition. Au cou, aux aisselles, aux aines l'éruption est particulièrement foncée et offre une analogie très marquée avec la scarlatine. L'éruption empiète peu sur les bras ou les cuisses. Rien à la face.

Eruption concomitante de purpura, cinquante taches environ aux avant-bras et aux jambes.

L'éruption est apparue avant toute indication. La méthode de Brand est appliquée dans toute sa rigueur.

Les jours suivants, pas d'amélioration. Les symptômes ataxo-adynamiques persistent toujours. Le ventre se météorise. Diarrhée très abondante : les selles deviennent involontaires. Il y a de la tachycardie, de l'embryocardie, de la bronchite des bases pulmonaires et de l'albuminurie.

Le 12 juillet, le malade tombe dans un coma profond ; il demeure cinq jours dans cet état et succombe le 17. L'éruption s'est montrée jusqu'au dernier moment avec les mêmes caractères que le jour de l'entrée. Les taches purpuriques ont augmenté de nombre pendant les derniers jours.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Thèse Lemaître, recueillie par Leloir)

Ch. G..., âgé de 15 ans, cantonnier, entre le 25

octobre à l'hôpital de la Charité. Courbature, inappétence pendant les huit jours qui précèdent son entrée à l'hôpital.

Examiné à son entrée le 20 octobre, il présente un léger degré d'affaissement ; ce qui frappe, c'est la précocité des taches rosées lenticulaires, qu'on trouve dès le 20 octobre. Le malade ne se plaint pas ; il s'assied lui-même dans son lit.

25 octobre. — Température très élevée, 40°. Eruption de taches rosées lenticulaires extrêmement confluente sur le ventre, la poitrine et le dos. Congestion pulmonaire et dyspnée, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls 100 et 112. On donne 0 gr. 50 d'acide phénique à prendre à l'intérieur par cuillerée à bouche d'heure en heure.

29 octobre. — Les selles baignent dans un liquide légèrement teinté en rouge par le sang.

31 octobre. — La température tombe à 38°. Etat général du malade toujours le même ; quelques râles sibilants dans la poitrine ; 1 gr. 50 d'acide phénique.

1er novembre. — Température 38°2. Taches rosées lenticulaires beaucoup moins nombreuses ; mais, par contre, on observe une *éruption scarlatiniforme* siégeant principalement sur le ventre, les reins ; les bras, les cuisses ne sont pas aussi pris. C'est une éruption granitée formée par une multitude de petits points rougeâtres aussi nombreux que des grains de sable. Gorge du malade un peu rouge. Petit point blanchâtre sur amygdale.

Le 3 novembre. — Eruption encore très appréciable. Langue blanche sur les bords et rouge framboisée sur le milieu.

4 novembre. — Langue rouge partout. Pas d'albumine dans les urines.

Les jours suivants, le malade va mieux. Pas de desquamation, pas d'abumine. L'appétit revient. Terminaison prompte. Etat général excellent.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Galliard. Société médicale des hôpitaux séance du 26 octobre 1894).

Amélie V., Dix-sept ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 juillet 1894.

Entre au 10e jour d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne avec température 39°1. Les jours suivants la température augmente ; il y a de la stupeur, de l'assoupissement de la sécheresse de la bouche avec fuliginosités. On prescrit des bains froids, du benzonaphtol. Pas de sulfate de quinine.

Vers le 15 août, la maladie se complique de perforation intestinale, caractérisée par du collapsus algide, 34° de température de la cyanose des extrémités, du ballonement du ventre. On prescrit de la glace en permanence sur le ventre de la glace à l'intérieur, de l'extrait thébaïque.

Vers le 18 août, amélioration notable, ventre moins ballonné ; le soir 39°4. Lotion froide.

Le 21 août, escharre du coude gauche et phlegmon au dessous. Pansement salolé, puis boriqué.

Dès lors l'apyrexie persiste, la diarrhée est très modérée, la langue est humide.

Le 30e jour, l'abcès se vide incomplètement, on applique sur le coude une compresse trempée dans le sublimé.

Le 31 août, au poignet gauche plusieurs papules arrondies dont quelques unes grandes comme des pièces de 2 francs, d'autres moins étendues ; elles sont de coloration rouge vif. Température 38°.

Le 1er septembre, mêmes papules au poignet droit, aux fesses à la face interne des cuisses, autour des genoux et des lèvres.

Le 2 septembre, l'éruption s'étend au bras droit à la poitrine et aux jambes. Temp. 39°4, le soir.

Le 3 septembre, larges placards formés par les papules confluentes dans toutes les régions. Bulles remplies de sérosité aux lèvres et à la plante des pieds. Abattement, insomnie, inappétence. La langue commence à se dépouiller, elle est rouge et sèche. Simple érythème bucco-pharyngé. Temp. 40°4, le soir. L'urine contient de l'albumine.

Le 7 septembre, rougeur diffuse de la face ; langue dépouillée. Rougeur diffuse à la poitrine ; à l'abdomen, au dos et aux membres inférieurs, la coloration rouge vif des papules tranche sur la teinte rosée générale des téguments ; au centre des papules on constate des pustules miliaires.

Prostration, grande faiblesse, inappétence, diarrhée. La situation est fort alarmante. Lait, champagne, café, 4 grammes de quinquina en extrait.

Le 8 septembre, l'éruption s'est complètement généralisée. Tuméfaction de visage. Adynamie.

9 septembre, amélioration légère ; la desquamation commence dans toutes les régions. Larges lamelles épidermiques se détachant de la face, du cou et du tronc. T. 39°6, le soir.

Le 11 septembre, la desquamation scarlatinoïde progresse. Le malade reprend des forces.

12 septembre, euphorie, 38°6 le soir.

14 septembre. Eruption papulo-pustuleuse au dos des mains et à la lèvre supérieure. Temp. 39°6.

16 septembre, la desquamation est à peu près terminée ; il n'y a là ni chute des ongles, ni chute des cheveux.

24 septembre. Apyrexie, état général satisfaisant. Plus d'albumine dans l'urine. Langue normale.

19 octobre, la malade est convalescente. Elle a eu plusieurs abcès au sein, au cuir chevelu ; elle se lève. Chute des cheveux. Vergeture au-dessus des coudes et aux hanches. Elle quitte bientôt l'hôpital.

OBSERVATION XIII

(Th. Kéromnès. Paris, 1881)

G... François, tarrassier, 23 ans, entre le 21 mai 1881, dans le service de M. le Dr R. Moutard-Martin, hôpital Cochin, garçon robuste, n'ayant jamais eu de maladies. Depuis huit jours, abattement, céphalalgie, diarrhée, etc., tous les signes, en un mot, d'une fièvre typhoïde d'ailleurs bénigne.

25 mai. — L'abdomen présente une *coloration rouge uniforme*, commençant aux plis inguinaux, remontant jusqu'aux mamelons. Elle respecte le dos. La rougeur présente au moins à la partie moyenne une coloration rouge uniforme assez vive, analogue à une éruption scarlatiniforme. A la limite supérieure la couleur est moins accusée.

L'appétit est nul, la langue recouverte d'un enduit plus humide, la diarrhée est toujours abondante. Les selles ont la coloration ocreuse type.

27 mai. — Le rash a pali ; le 29, il a presque disparu ; dans les limites de la rougeur apparaît une éruption de vésicules miliaires très confluentes. Les sudamina sont contenus dans les limites du rash. Ils se dessèchent rapidement, s'affaissent et la peau se desquame.

2 juin. — A la visite du soir, nous constatons *une coloration rouge scarlatiniforme de toute la peau ;* la coloration est surtout très accusée au niveau du tronc, du cou et de la face. Température 39°7 le lendemain matin et le soir 41°2.

Aucune trace d'angine.

3 juin. — Eruption de sudamina à la nuque.

4 juin. — L'érythème a disparu. L'épiderme se détache par grands lambeaux dans le sillon génito-crural. Sueurs très abondantes. Etat général bien meilleur. Le thermomètre a descendu de 4 degrés du soir au matin.

5 juin. — La desquamation continue par larges plaques sur toute l'étendue du corps. L'épiderme du cuir chevelu lui-même tombe par plaques de plusieurs

millimètres de diamètre. En même temps, le malade rend une urine claire et abondante.

10 juin. — Il urine 2400 grammes ; langue humide, état général satisfaisant, presque plus de diarrhée. On accorde un œuf.

11 juin. — Le malade urine 3,000 grammes. Pas trace d'albumine.

12 juin. — 2500 gr.

13 juin — 2600 gr.

16 juin. — 1800 gr. Urines rouges sédimenteuses. Le malade se plaint de douleurs de rein. Léger précipité d'albumine. L'appétit est bon ; la diarrhée a cessé.

On prescrit 6 ventouses scarifiées aux lombes.

Du 17 au 24, la quantité d'urine rendue dans les 24 heures varie de 1100 à 2800. Pas d'albumine. Le malade sort sur sa demande le 27.

OBSERVATION XIV

(Thèse de Cabiran, 1879)

Fièvre typhoïde avec éruption scarlatiniforme survenant le troisième jour des prodromes.

Le nommé B..., âgé de 19 ans, est entré à l'hôpital Necker le 2 février 1876, salle Saint-Jean, lit n° 28. Il est arrivé à Paris depuis 4 mois, et c'est depuis trois jours qu'il est malade.

Au début, ce malade a accusé du mal de tête, de la courbature, quelques légères épistaxis, de la rachialgie, des étourdissements, du mal de gorge, un peu de bronchite et de la diarrhée. Pas d'envies de vomir. Langue pointue, rouge à la pointe. Il n'a pas été vacciné.

Le ventre est peu douloureux. Une éruption se montre sur le voile du palais, la poitrine, le ventre et les cuisses. Le diagnostic porté fut rash ou scarlatine. L'éruption est rouge, framboisée, piquetée. Pouls, 104. Température, 40°.

Le 3. Pouls 84. Température 38°,5. Rien d'anormal au cœur. Pas de douleurs articulaires. L'éruption a presque disparu. Il ne reste guère qu'une angine simple et la langue pointue, rouge et sèche. Pouls veineux jugulaire très intense avec frémissement très marqué.

Le 3, soir, P., 100, plein dicrote. Pas de mal de tête. Pas de mal de ventre. T., 40°,5.

Le 4, P., 96. T., 39°. *Apparition de taches rosées lenticulaires.* Un peu de ballonnement du ventre, mais pas de gargouillement. On n'entend pas de râles à l'auscultation.

Le 4, soir. P., 100. T., 40°,6. On constate le même état général. Pas de nouvelles taches. *Pas d'albumine dans les urines.*

Le 5, P., 88. T., 38°,5. Légère amélioration.

Le 14. Le malade va bien et demande à manger.

OBSERVATION XV

(Forget, *in* : Traité de l'entérite folliculeuse)

Exanthème scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde

Homme de 20 ans, forte constitution, malade depuis six jours, entre le 16 septembre avec les symptômes suivants : Céphalalgie, abattement, anorexie, nausées, bouche pâteuse, langue blanchâtre, abdomen indolent, pouls peu développé, non résistant à 84; trois selles liquides en 24 heures.

Le soir, éruption scarlatiniforme, gorge un peu, rouge, limonade tartrique.

Au bout de trois jours, disparition de l'exanthème, diaphorèse continue, gorge toujours un peu rouge. La diaphorèse persiste. Même traitement.

Le 24. — Diarrhée toujours abondante, langue toujours saburrale, soif vive, pouls large, 84. Taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Au 15 octobre, le malade était guéri. Il présenta cependant par intervalle de la surdité, de la prostration, des sibilances dans la poitrine, mais *jamais il n'y eut de desquamation.*

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Debove, rédigée d'après les notes de Monsieur Jousset, interne du service).

Femme, trente ans.

A eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu vers le 20 avril 1900. Traitée par le salicylate de soude. Guérison.

3 mai. — La malade est reprise d'une seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu. Température 38°2 le soir. On administre 4 grammes de salicylate de soude.

4 mai. — La température redescend à 37°2 le matin, à 37°6 le soir.

Elle se maintient aux environs de 37° les jours suivants ; on supprime le salicylate le 6 mai.

14 mai. — Nouvelle élévation thermique ; la température atteint le soir 38°9. On administre à nouveau le salicylade de soude à la dose de 4 grammes.

15 mai. — T. matinale 38° ; vespérale 38°5.

Les jours suivants, jusqu'au 19 mai, la température se maintient aux environs de 38°.

A partir du 19 mai, la température descend peu à peu et arrive aux environs de 37° le 22 mai. Toutefois on continue l'administration du salicylate de soude.

Le 29 mai, ascension thermique nouvelle ; le thermomètre marque 37°8 le soir.

30 mai. — T. matinale 38°, vespérale 39°2. Le même jour apparaît sur la figure une éruption acnéiforme. *On supprime le salicylate de soude.*

De plus, la malade se plaint d'une sensation de malaise général, de céphaléé. Très légère stupeur ; pas de diarrhée.

31 mai. — T. 39° le matin, 39°, 8 le soir. On note sur la nuque une éruption scarlatiniforme.

1er juin. — T. matinale 39°, 8, vespirale 40°. L'épreuve du séro-diagnostic est tentée ; le résultat est négatif.

2 juin. — T. 39°, 4 le matin ; 40°, 1 le soir. L'éruption a gagné les faces antérieure et postérieure du thorax et de l'abdomen. Les membres sont absolument intacts. C'est une éruption d'apparence *scarlatiniforme*, constituée par une rougeur diffuse et uniforme, sans intervalle de peau saine. La malade ne présente pas d'enanthème pharyngé.

3 et 4 juin. — T. matinale 39° ; 40° degré le soir. L'éruption conserve ses mêmes caractères.

5 juin. — T. 39° le matin, 39°, 4 le soir. La courbe thermique commence donc à décroître. On aperçoit ce jour là *quelques taches rosées* au niveau des portions du tégument restées saines. L'épreuve du séro-diagnostic est tentée de nouveau et donne un résultat positif.

Tuméfaction de la rate. Langue nette et humide. Pas de diarrhée. Pas d'albumine.

Phénomènes généraux peu accentués. Un peu de stupeur ; pas d'insomnie ; pas de délire.

6 et 7 juin. — Température matinale 38°2 ; vespérale 39°.

8 juin. — On note la disparition de l'exanthème scarlatiniforme : température 37°6 le matin, 38°4 le soir.

Les jours suivants la défervescence continue à se faire par oscillations descendantes et la température oscille autour de 37 à partir du 10 juin. L'exanthème n'a pas été suivie de desquamation, la langue ne s'est pas dépouillée.

Nous avons à faire ici à un exanthème scarlatiniforme, survenu dans une fièvre typhoïde du type décrit par ses auteurs sous le nom de *typhus levissimus, typhus abortif, typhoïdette*. La période d'invasion a été rapide ; la température s'est élevée en deux jours à 39°5 et 40°. Les symptômes ont été ceux d'une dothiénenthérie bénigne. Enfin, le huitième jour, la maladie a tourné court et la défervescence s'est faite en lysis en trois jours. Le salicylate de soude ne peut être invoqué comme ayant pu produire l'éruption scarlatiniforme, car sa suppression a devancé de deux jours le début de l'exanthème.

Conclusions

I. — Aux différentes périodes de la fièvre typhoïde, période d'état, de déclin, et même pendant la convalescence, dans les formes bénignes ou malignes, il peut survenir un exanthème scarlatiniforme. Cette complication est parfois épidémique et contagieuse.

II. — Cet exanthème, qui présente les symptômes cutanés de la scarlatine, existe souvent sans angine et sans desquamation.

III. — L'éruption, qui peut être localisée ou généralisée, a une durée éphémère, de trois à six jours.

IV. — Parfois, sans influence sur la marche de la maladie, elle coïncide avec une aggravation de l'état général et se termine par la mort. Le pronostic de cette complication est donc toujours à réserver.

V. — Certains auteurs l'attribuent à des décharges bactériennes au niveau des téguments ; d'autres invoquent une infection secondaire.

VI. — La bactériologie n'a pu encore confirmer l'une ou l'autre de ces deux théories.

VII. — Elle se distingue de la scarlatine par ce fait qu'elle ne présente pas d'une façon constante l'angine et la desquamation ; lorsque cette dernière existe, elle coïncide avec l'éruption, et ne la suit pas comme dans la scarlatine ; on la différenciera sans peine des autres éruptions typhiques et des érythèmes médicamenteux.

Vu : Le Président de la thèse :
M. DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

Almé, as. — Rash scarlatiniformes, confondus avec la scarlatine. Thèse, Paris, 1862.

Chédevergne. — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et éruptives. Thèse de Paris, 1864.

Bricheteau. — Observation : in Union médicale, 1864.

Duprey. — Du diagnostic différentiel de la scarlatine et des exanthèmes scarlatiniformes. Thèse, Strasbourg 1869.

Bez. — De la contemporanéité des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1877.

Siredey et Féréol. — Union médicale, 1876.

Raymond et Nélaton. — Une variété d'éruption typhique. Progrès médical, 1878.

Cabiran. — Exanthèmes typhoïdes, Th. de Paris, 1879.

Kéromnès. — Etude descriptive de quelques éruptions typhiques. Th. de Paris, 1881.

Raynaud. — Les érythèmes polymorphes de la fièvre typhoïde. Th. de Paris, 1881.

Lemaigre. — Etude sur une variété d'exanthème survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.

Lovy. — Exanthèmes rubéoliques typhiques. Th. Paris 1890.

Hutinel et Martin de Gimarre. — Erythèmes infectieux de la fièvre typhoïde. Médecine moderne, 1890.

Callon. — Erythèmes infectieux en particulier dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1893.

Le Gendre. — Communications à la société médicale des hôpitaux de Paris, 1893.

Galliard. — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. (Société médicale des hôpitaux, Paris, 1894.

Gillet. — Des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde. Thèse de Nancy, 1896.

Remlinger. — Les érythèmes rubéoliformes et scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde. Revue de médecine, 1900.

Kapposi. — Leçons cliniques sur les maladies de la peau. Traduction de Besnier et Doyon.

Gaucher. — Leçons sur les maladies de la peau.

Grancher et Marfan. — Traité des maladies des enfants.

Dictionnaire Dechambre. — Article Rash par Legroux et fièvre typhoïde par Arnould.

Dictionnaire Jaccoud. — Article : Scarlatine par Picot.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.